

**EUNICE DIAS TIAGO**

**AUTOPERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À CONDIÇÃO CLÍNICA DE SAÚDE BUCAL EM  
IDOSOS NÃO-INSTITUCIONALIZADOS PORTADORES DE PRÓTESES TOTAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação Em Ciências da Saúde, Universidade de  
Brasília - UnB, para obtenção do grau de Mestre.

**ORIENTADOR: PROF. DR. ANTÔNIO CARLOS ELIAS**

**BRASÍLIA**

**2006**

## **DEDICATÓRIA**

Se dedico aos idosos esta pesquisa, não o faço apenas como reconhecimento pela importância que tiveram para que chegássemos aos resultados ora apresentados.

Também não os homenageio tão somente pelo fato de serem o objeto principal de pesquisa deste trabalho científico.

Esta dedicatória é por tudo isso e mais: um gesto de amor por esses seres que, na curva do tempo, seguem de rosto erguido em busca do porvir, deixando no caminho trilhado ensinamentos que, como grãos de trigo no campo arado, por certo serão alimento das gerações futuras.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, especialmente meus pais, **Pedro Olímpio Tiago** e **Terezinha Dias Leite Tiago** pela vida, pelo carinho e amor incondicionais.

Ao Professor Doutor **Antônio Carlos Elias** pela orientação, dedicação e pelo incentivo que possibilitou o amadurecimento deste trabalho.

Aos professores, Doutor **Elioenai Dornelles Alves**, Doutora **Nilce Santos de Melo** e Doutor **Vítor Gomes Pinto** que fizeram parte desta banca e acrescentaram sua experiência e vivência na avaliação desta pesquisa.

Também aos professores, Doutor **Edgar Merchan Hamman**, Doutor **Alfredo Júlio Fernandes Neto** e Doutor **Vanderlei Luís Gomes** que com suas vivências muito acrescentaram à minha formação acadêmica.

Aos **coordenadores** dos Grupos e Associações de Idosos de Taguatinga.

Aos meus amigos e também às **Família Mariano Rêgo**, **Família Crispim**, pelo incentivo, pelo carinho e pela amizade.

Aos Profs. **Sérgio e Selma Lima** pelo amor fraterno, carinho, dedicação e, pela revisão ortográfica e gramatical.

Ao prof. **Orivaldo Melo** pela atenção e pela revisão gramatical.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia e do e Pós-graduação da Faculdade de Saúde-UnB.

Ao **Eduardo Bonilha** da Biblioteca do Ministério da Saúde, grande colaborador.

À Professora **Sônia Locher**, pelo incentivo e pela cooperação.

A **Anne Candace**, **Suelene** e **Valéria**, pela gentileza e presteza no trabalho.

## ÍNDICE

**LISTA DE TABELAS**

**LISTA DE GRÁFICOS**

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1-INTRODUÇÃO</b>	001
<b>2-REVISÃO DE LITERATURA</b>	004
2.1- Envelhecimento	004
2.1.1- Histórico	005
2.1.2- Identificação do idoso	007
2.1.3- Aspectos sócio- demográficos	009
2.1.4- Lei do Idoso	011
2.2- Saúde bucal do Idoso	017
2.2.1- Aspectos Bucais do Envelhecimento	017
2.2.2- Estudos Epidemiológicos	020
2.2.2.1- Projeto S.B. Brasil	020
2.2.2.2- Estudos Nacionais	021
2.2.2.3- Estudos Internacionais	023
2.3- Autopercepção e Qualidade de Vida	025
2.3.1- Índices e Indicadores Sócio- Dentais	027
2.3.2- Índice de Saúde Oral para Uso em Geriatria	029
2.3.3- Estudos de Autopercepção em Idosos	034
2.4- Condições Clínicas - Próteses Totais	039
2.4.1- Bem Estar Psicossocial	039
2.4.2- Qualidade Funcional	042
2.5- Comparação entre Condições Clínicas e Autopercepção	050

<b>3-OBJETIVOS</b>	053
3.1- Objetivo Geral	053
3.2- Objetivos Específicos	053
<b>4-MATERIAIS E MÉTODO</b>	054
4.1- Casuística	054
4.2- População do Estudo	055
4.2.1-Critérios para Seleção da Amostra	055
4.2.2- Processo de Seleção da Amostra	056
4.2.2.1- Cálculo da amostra	056
4.2.3- Identificação da Amostra	057
4.3- Coleta de Dados	058
4.3.1- Método	058
4.3.2- Instrumento de Coleta de Dados	058
4.3.2.1- Entrevista	058
4.3.2.2- Exame Clínico	060
4.4- Pesquisa de Campo	061
4.4.1- Local de Coleta de Dados	061
4.4.2- Materiais e Instrumentais	062
4.4.3- Equipe de Trabalho	062
4.4.3.1- Calibração Intra-examinador	063
4.4.4- Processamento de Dados	063
4.4.5- Análise Estatística	063
<b>5-RESULTADOS</b>	065
5.1- Análise Descritiva dos dados	065
5.1.1- Características Sócio-Demográficas	065
5.1.2- Condições das Próteses Totais	067
5.1.3- Autopercepção das Condições Bucais- GOHAI	074

5.1.4- Exame Clínico e das Condições Clínicas Funcionais das Próteses Totais (Retenção e Estabilidade)	080
5.1.4.1- Condições Clínicas Funcionais das Próteses Totais- Retenção e Estabilidade Dinâmicas	086
5.1.4.2- Condições Clínicas Funcionais das Próteses Totais- Retenção e Estabilidade Estáticas	089
5.2- Testes Estatísticos	091
5.2.1- Comparações entre variáveis do estudo	091
5.2.1.1- Teste de Fisher	091
5.2.2- Cálculo do GOHAI	093
5.2.2.1- Análise de Confiabilidade do GOHAI	094
5.2.3- Associações entre o GOHAI e o exame clínico	095
5.2.3.1- Teste Qui-quadrado	095
A- Quantidade e Viscosidade de Saliva	096
B- Movimentos Mandibulares	097
C- Movimentação da Prótese durante a Mastigação	098
D- Movimentação da Prótese durante a Fala	099
E- Movimentação da Prótese durante o Sorriso	100
F- Teste de Retenção na Região Anterior	101
5.2.3.2- Comparação entre as três dimensões do GOHAI	102
5.2.3.3- Comparação entre as dimensões do GOHAI e os aspectos sócio- demográficos	106
5.2.3.3.1- Gênero	106
5.2.3.3.2 Idade	109
5.2.3.3.3- Estado Civil	112
5.2.3.3.4- Escolaridade	115

<b>6- DISCUSSÃO</b>	118
6.1- Introdução	118
6.2- Amostra	119
6.3- Fatores Sócio-Demográficos	120
6.3.1- Idade	120
6.3.2- Gênero	120
6.3.3- Estado Civil	121
6.3.4- Nível de Escolaridade	121
6.4- Condições Clínicas das Próteses Totais	122
6.4.1- Saúde Geral	122
6.4.2- Saúde Bucal	123
6.5- Condições Clínicas Funcionais das Próteses Totais	127
6.5.1- Retenção e Estabilidade	127
6.6- Avaliação da Autopercepção- Indicador Sócio-Dental GOHAI.	129
6.7- Correlação entre Autopercepção de Saúde Bucal (GOHAI) com as Condições Clínicas das Próteses Totais	133
6.8- Considerações Finais	135
<b>7-CONCLUSÃO</b>	137
<b>8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	138
<b>9-ANEXOS</b>	151
Anexo 1- Protocolo de Pesquisa	151
Anexo 2- Consentimento Livre e Esclarecido	152
Anexo 3- Relação dos Grupos e Associações de Idosos- GVI- Taguatinga.	153
Anexo 4- Dados Sócio - Demográficos e Condições das Próteses	154
Anexo 5- Indicador Sócio-Dental- GOHAI	156
Anexo 6- Exame Clínico e Exame das Próteses	158
Anexo 7- Teste de Calibração Kappa	160
Tabela 1- Exame clínico- tecidos moles- queilite angular	160

Tabela 2- Exame clínico- tecidos moles- estomatite protética	161
Tabela 3- Exame clínico- tecidos moles- úlcera associada com prótese	161
Tabela 4- Exame clínico- tecidos moles- outros	162
Tabela 5- Exame clínico- espessura da bochecha	162
Tabela 6- Exame clínico- altura do rebordo alveolar maxilar	163
Tabela 7- Exame clínico- altura do rebordo alveolar mandibular	163
Tabela 8- Exame clínico- fibromucosa de revestimento do rebordo maxilar	164
Tabela 9- Exame clínico- fibromucosa de revestimento z do rebordo mandibular	164
Tabela 10- Exame clínico- inserções musculares	165
Tabela 11- Exame clínico- tamanho da língua	165
Tabela 12- Exame clínico- quantidade e viscosidade da saliva	166
Tabela13- Exame clínico- movimentos mandibulares	166
Tabela 14- Exame clínico- movimentação da prótese durante a mastigação	167
Tabela 15- Exame clínico- movimentação da prótese durante a fala	167
Tabela 16- Exame clínico- movimentação da prótese durante a deglutição	168
Tabela 17- Exame clínico- movimentação da prótese durante a respiração	168
Tabela 18- Exame clínico- movimentação da prótese durante o sorriso	169
Tabela 19- Exame clínico- movimentação da prótese durante o repouso	169
Tabela 20- Exame clínico- teste na região dos pré-molares esquerdos	170
Tabela 21- Exame clínico- tecidos moles- hiperplasia protética	170
Tabela 22- Exame clínico- teste na região anterior	171
Tabela 23- Exame clínico- teste na região dos pré-molares direitos	171
Análise de Concordância Kappa	172
Tabela 24- Exame clínico- valores de Kappa	173



## TABELAS

Tabela 1- Distribuição da amostra por faixa etária	065
Tabela 2- Frequência e porcentagem da amostra de acordo com o sexo	065
Tabela 3- Frequência e porcentagem da amostra de acordo com o estado civil	066
Tabela 4- Frequência e porcentagem da amostra de acordo com a escolaridade	067
Tabela 6 - Frequência e porcentagem do tempo que utiliza prótese	067
Tabela 7- Frequência e porcentagem do número de próteses totais que já fez	068
Tabela 8- Frequência e porcentagem do tempo de uso da última prótese total	068
Tabela 9- Frequência e porcentagem da justificativa para a perda de dentes	069
Tabela 10- Frequência e porcentagem da justificativa para procura de tratamento	069
Tabela 11- Frequência e porcentagem do número de vezes ao dia que escova a prótese	070
Tabela 12- Frequência e porcentagem de remoção da prótese para dormir	070
Tabela 13- Frequência e porcentagem de quebra de prótese	071
Tabela 14- Frequência e porcentagem de como resolveu o problema	071
Tabela 15- Frequência e porcentagem do tempo que acha necessário para troca da prótese	072
Tabela 16- Frequência e porcentagem de quem tem algum problema de saúde	073
Tabela 17- Frequência e porcentagem de quem faz uso de medicamentos	073
Tabela 18- Frequência e porcentagem da reação psíquica do paciente	073
Tabela 19- Frequência e porcentagem de quem tem limitação na alimentação	074
Tabela 20- Frequência e porcentagem de quem tem problemas para mastigar	075
Tabela 21- Frequência e porcentagem de quem engole os alimentos confortavelmente	075
Tabela 22- Frequência e porcentagem de quem a prótese impede de falar da maneira que gostaria	076
Tabela 23- Frequência e porcentagem de quem come todo tipo de alimento sem sentir desconforto	076
Tabela 24- Frequência e porcentagem de quem limita seus contatos devido a problemas com a prótese	077
Tabela 25- Frequência e porcentagem de quem se sente feliz com o aspecto de sua prótese	077

Tabela 26- Frequência e porcentagem de quem usa ou usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto	078
Tabela 27- Frequência e porcentagem de quem precisa tomar cuidados com a prótese	078
Tabela 28- Frequência e porcentagem de quem sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com a prótese	079
Tabela 29- Frequência e porcentagem de quem sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas	079
Tabela 30- Frequência e porcentagem de quem teve sensibilidade ao contato com calor, frio ou doces	080
Tabela 31- Distribuição de frequência e porcentagem de lesões relacionadas à prótese	080
Tabela 32- Frequência e porcentagem da espessura da bochecha	081
Tabela 33- Frequência e porcentagem da altura do rebordo alveolar- Maxilar	082
Tabela 34- Frequência e porcentagem da altura do rebordo alveolar- Mandibular	082
Tabela 35- Frequência e porcentagem da fibromucosa de revestimento do rebordo Maxilar	083
Tabela 36- Frequência e porcentagem da fibromucosa de revestimento do rebordo mandibular	084
Tabela 37- Frequência e porcentagem de inserções musculares	084
Tabela 38- Frequência e porcentagem do tamanho da língua	085
Tabela 39- Frequência e porcentagem da quantidade e viscosidade da saliva	085
Tabela 40- Frequência e porcentagem dos movimentos mandibulares	086
Tabela 41- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante a mastigação	086
Tabela 42- Frequência e porcentagem do teste de retenção e retenção e estabilidade dinâmicas durante a fala	087
Tabela 43- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante a deglutição	087

Tabela 44- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante a respiração	088
Tabela 45- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante o sorriso	088
Tabela 46- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante o repouso	089
Tabela 47- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade estáticas na região anterior	089
Tabela 48- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade estáticas na região de pré-molares direitos	090
Tabela 49- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade estáticas na região de pré-molares esquerdos	090
Tabela 50- Teste exato de Fisher para testar associação entre "tem algum problema de saúde" e outras variáveis	091
Tabela 51- Teste exato de Fisher para testar associação entre "faz uso de medicamentos e outras variáveis	092
Tabela 52- Cálculo do GOHAI- estatísticas descritivas	093
Tabela 53- Indicador GOHAI- Frequência e classificação	093
Tabela 54- Análise de confiabilidade para o GOHAI	094
Tabela 55- Itens do GOHAI	095
Tabela 56- Indicador GOHAI por quantidade e viscosidade de saliva	096
Tabela 57- Teste Qui-quadrado por quantidade e viscosidade de saliva	096
Tabela 58- Indicador GOHAI por movimentos mandibulares	097
Tabela 59- Teste Qui-quadrado por movimentos mandibulares	097
Tabela 60- Indicador GOHAI por movimentação da prótese durante a mastigação	098
Tabela 61- Teste Qui-quadrado por movimentação da prótese durante a mastigação	098
Tabela 62- Indicador GOHAI por movimentação da prótese durante a fala	099
Tabela 63- Teste Qui-quadrado por movimentação da prótese durante a fala	099
Tabela 64- Indicador GOHAI por movimentação da prótese durante o sorriso	100
Tabela 65- Teste Qui-quadrado por movimentação da prótese durante o sorriso	100

Tabela 66- Indicador GOHAI por teste de retenção e estabilidade dinâmicas na região anterior	101
Tabela 67- Teste Qui-quadrado por teste de retenção e estabilidade dinâmicas na região anterior	101
Tabela 68- Comparação entre dimensão física/funcional e psicológica	102
Tabela 69- Teste Qui-quadrado da comparação entre dimensão física/funcional e psicológica	102
Tabela 70- Comparação entre dimensão psicológica/psicossocial e dor/desconforto	103
Tabela 71- Teste Qui-quadrado da comparação entre dimensão psicológica/psicossocial e dor/desconforto	103
Tabela 72- Comparação entre dimensão física/funcional e dor/desconforto	104
Tabela 73- Teste Qui-quadrado da comparação entre dimensão física/funcional-dor/desconforto	104
Tabela 74- Frequência e porcentagem de dimensão física/funcional	105
Tabela 75- Frequência e porcentagem de dimensão dor/desconforto	105
Tabela 76- Frequência e porcentagem de dimensão psicológica/psicossocial	105
Tabela 77- Comparação entre dimensão dor/desconforto e gênero	106
Tabela 78- Teste Qui-quadrado entre dimensão dor/desconforto e gênero	106
Tabela 79- Comparação entre dimensão física/funcional e gênero	107
Tabela 80- Teste Qui-quadrado entre dimensão física/funcional e gênero	107
Tabela 81- Comparação entre dimensão psicológica/psicossocial e gênero	108
Tabela 82- Teste Qui-quadrado entre dimensão psicológica/psicossocial e gênero	108
Tabela 83- Comparação entre dimensão física/funcional e estado civil	112
Tabela 84- Teste Qui-quadrado entre dimensão física/funcional e estado civil	112
Tabela 85- Comparação entre dimensão dor/desconforto e estado civil	113
Tabela 86- Teste Qui-quadrado entre dimensão dor/desconforto e estado civil	113
Tabela 87- Comparação entre dimensão psicológica/psicossocial e estado civil	114
Tabela 88- Teste Qui-quadrado entre dimensão psicológica/psicossocial e estado civil	114
Tabela 89- Comparação entre dimensão física/funcional e escolaridade	115
Tabela 90- Teste Qui-quadrado entre dimensão física/funcional e escolaridade	115

Tabela 91- Comparação entre dimensão dor/desconforto e escolaridade	116
Tabela 92- Teste Qui-quadrado entre dimensão dor/desconforto e escolaridade	116
Tabela 93- Comparação entre dimensão psicológica/psicossocial e escolaridade	117
Tabela 94- Teste Qui-quadrado entre dimensão psicológica/psicossocial e escolaridade	117

## GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da amostra de acordo com o sexo	066
Gráfico 2- Distribuição de remoção da prótese para dormir	070
Gráfico 3- Distribuição e porcentagem de como resolveu o problema	072
Gráfico 4- Distribuição e porcentagem da reação psíquica do paciente	074
Gráfico 5- Distribuição e porcentagem das lesões de mucosa relacionadas à prótese	081
Gráfico 6- Distribuição da amostra de acordo com a altura do rebordo alveolar- mandibular	083
Gráfico 7- Comparação entre dimensão física/funcional e idade	109
Gráfico 8- Comparação entre dimensão psicológica/psicossocial e idade	110
Gráfico 9- Comparação entre dimensão dor/desconforto e idade	111

## ABREVIATURAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODEPLAN	Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central
CPO-D	Dentes cariados perdidos e obturados
DF-	Distrito Federal
DIDL-	Dental Impact on Daily Living
DIP	Dental Impact Profile
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
EP	Estomatite Protética
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FDI-	Federação Dentária Internacional
GOHAI-	Geriatric Oral Health Assessment Index
GVI-	Gerência de Valorização do Idoso
GDF	Governo do Distrito Federal
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICA-	Index of Chewing Ability
MS	Ministério da Saúde
NDNS-	Pesquisa Nacional de Dieta e Nutrição
OHIP-	Oral Health Impact Profile
OHI-S	Índice de Higiene Oral Simplificado
OHQOL	Oral Health-Related Quality of Life Measure
OIDP	Oral Impacts Daily Performances
OMS-	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RA	Região Administrativa
SDA	Shortened Dental Arch
SEDUH	Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação
SIDD	Social Impacts of Dental Disease
SIP	Sickness Impact Profile

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde



## RESUMO

TIAGO, E.D. **Autopercepção em relação à condição clínica de saúde bucal em idosos não-institucionalizados portadores de próteses totais**. Brasília; 2006. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde da UnB].

**Objetivo:** Este estudo foi realizado com o objetivo de correlacionar a condição clínica funcional de pacientes idosos portadores de próteses totais com autopercepção da condição bucal.

**Material e Métodos:** Estudo transversal usando amostra não-aleatória, realizado em Taguatinga (RA III) no Distrito Federal. Participaram da investigação 140 pessoas, com faixa etária a partir de 60 anos de idade, funcionalmente independentes, freqüentadores e/ou associados dos 4 grupos ou associação de idosos pertencentes à GVI- Gerência de Valorização do Idoso. Uma entrevista foi feita sobre as características sócio-demográficas, condições das próteses, e o indicador GOHAI. Realizou-se exame clínico para verificar a condição clínica funcional das próteses totais com teste de retenção e estabilidade. Testes estatísticos foram aplicados com o objetivo de determinar a associação entre as variáveis clínicas e o indicador GOHAI e identificar os preditores da auto-avaliação.

**Resultados:** Houve uma maior porcentagem de indivíduos do sexo feminino (87,9%) com uma prevalência de estomatite protética (57,1%), de queilite angular (19,3%) e hiperplasia protética (17,9%). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes do GOHAI considerando gênero, estado civil ou grau de escolaridade. A autopercepção feita através do GOHAI foi positiva, com 39,3% avaliando sua condição como alta e 29,3% como moderada. A média do GOHAI para os idosos entre 60 e 70 anos foi de 31,43 sendo que para os idosos acima de 70 anos, o resultado encontrado foi um pouco maior 31,95. Quase 70% do total dos idosos examinados, tiveram alta ou moderada percepção de saúde bucal. O índice GOHAI provou ser aplicável à população do estudo através do teste de confiabilidade Alfa de Cronbach de 0,784 ou seja, 78,4%. As variáveis associadas à auto-avaliação foram: quantidade e viscosidade da saliva, movimentos mandibulares, movimentação da prótese durante a mastigação, a fala, o sorriso e teste de retenção e estabilidade na região anterior.

**Conclusões:** A percepção da saúde bucal foi positiva e teve influência das condições clínicas das próteses totais. Nesta população o índice GOHAI mostrou-se um instrumento eficiente para medir dados subjetivos.

**Descritores:** Idosos, Prótese total, Indicador Sócio-Dental GOHAI, Condições de Saúde Bucal, Autopercepção da Condição Bucal.

## ABSTRACT

TIAGO, E. D. **Self-perception in relation to clinical status of oral health in non-institutionalized elderly people's complete dentures wearers'**. Brasília. 2006.[ Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde da UnB].

**Objective:** The purpose of this study was to correlate the clinical functional status of older people complete dentures wear with self-perception of oral health.

**Methods:** A cross- sectional study with a non-random sample was made in Taguatinga, Distrito Federal, with 140 subjects, aged 60 years and over, functionally independent and who used to go to 4 groups of a GVI- Gerência de Valorização do Idoso. An interview was applied with questions about social characteristics of the sample, the clinical condition of the complete dentures and the GOHAI index. A clinical examination was made to test the functional status of the complete dentures try applying tests of retention and stability . Statical tests was applied to determine the association among the clinic variables and the GOHAI index and to identify the self-perception predictors.

**Results:** In this study had a higher percentage of women (87,9%) and with a significant prevalence of stomatitis (57,1%), cheilits angular (19,3%) and a hyperplasia due to dentures (17,9%). There were no statistical differences of the GOHAI index concerning gender, civil status or instruction. The GOHAI's self-perception was positive, with a high count in 39,3% of the sample and 29,3% moderate. The mean GOHAI's count for older people aged 60 to 70 years was 31,43 and with 70 was 31,95. About 70% of subjects examined had a high or moderate self-perception count of oral health. The GOHAI index proved to be reliable for this population by the application of the Cronbach's Alpha Test of 0,784 or 78,4%. The variables associated to self-perceptions were: quantity and quality of saliva, functional mandibular movement, complete denture movements when chewing, when speaking, when smiling, and retention and stability tests in the anterior region of the dentures.

**Conclusions:** The perception of oral health was positive and had the influence of the complete denture's clinical condition. In this population, the GOHAI index was efficient as a measure for the measurement of subjective data.

**Descriptors:** Elderly people, socio-dental index GOHAI, Oral Health Status, Self-Perceived Oral Health.

## 1- INTRODUÇÃO

A partir da década de 70 a taxa de crescimento populacional brasileira, mostrou sensível redução, reduzindo-se ainda mais nos anos 80. Ao mesmo tempo, a distribuição etária se alterou. A proporção de idosos foi aumentando gradativamente (PAPALÉO NETTO, 2005).

No Brasil, a principal característica do crescimento do grupo populacional com 65 anos ou mais é a rapidez com que o mesmo se dará de hoje até meados do século XXI. As projeções indicam que a população idosa crescerá proporcionalmente quase duas vezes mais que a população em geral (RAMOS e cols. 1987).

No censo de 1991 os idosos brasileiros já constituíam 7,4% da população. A mudança na estrutura etária da população brasileira vai ser intensa, a tal ponto que em 2025 chegará a 15,1% , mais que o dobro em 34 anos (PAPALÉO NETTO, 2005).

Em 2002, o Brasil tinha mais de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 9,3% da população. Outros 650 mil atingem esta marca a cada 12 meses (IBGE, 2004).

No ano de 2025, estima-se que a população brasileira será a sexta maior do mundo em números absolutos, com 32 milhões de idosos. O ideal a ser atingido é um ser com maior expectativa e qualidade de vida (BRUNETTI, 2002; PAPALÉO NETTO, 2005).

O caminho para percepção da qualidade de vida e saúde do idoso passa, inexoravelmente, pelo atendimento às suas necessidades sociais de atenção à saúde (CARNEIRO, 2001; SHEIHAM, 2001).

Estudos sobre autopercepção mostram que ela está relacionada a alguns fatores clínicos, e também a fatores subjetivos, como os sintomas das doenças e a capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas (SLADE et col. 1994), além de ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo (REISINE et col. 1980; ATCHISON e col. 1993).

Um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso com qualidade de vida é o da manutenção até idade mais avançada de uma dentição natural, saudável e

funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, para sentir sabor e falar (ETTINGER, 1984; KIYAK & MULLINGAN,1987).

A saúde bucal passou a ter papel relevante na qualidade de vida do idoso, uma vez que o comprometimento dela pode afetar negativamente o nível nutricional, o bem estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa (WERNER et al. (1998).

Segundo SILVA (1999) a situação da saúde bucal dos idosos brasileiros é precária, tanto pelo quadro epidemiológico quanto pela ausência de programas voltados para o grupo da chamada terceira idade.

Alguns estudos têm sido realizados visando não só a medir as mudanças epidemiológicas como também as mudanças percebidas pelo próprio idoso (autopercepção) em relação à sua boca e dentes. Isto deve ser considerado essencial, pois mudanças de comportamento só acontecem quando o indivíduo toma consciência da sua própria condição (CARNEIRO, 2001).É essencial entender como a pessoa percebe a sua condição bucal, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela (SILVA, 1999).

De maneira geral, os estudos mostram que as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão (REISINE et col.1980; DRAKE et col. 1990) porém usando critérios diferentes do profissional. Para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças, enquanto que o cirurgião-dentista avalia a condição clínica através da presença ou ausência de doença.

Indicadores socio-dentais têm sido considerados como medidas de saúde oral relacionados à qualidade de vida. Esses métodos incorporam fatores sociais, psicológicos e também a percepção da necessidade de tratamento dentário (SHEIHAM,1987).

Os dados sobre a autopercepção são subjetivos e, por isso mesmo, obtidos a partir de questionários com perguntas abertas ou fechadas. Alguns estudos procuram avaliar se esses instrumentos de pesquisa têm validade e fidedignidade e se seus dados podem ser utilizados no planejamento e avaliação de programas de saúde.

Outros padronizam questionários para avaliar os problemas funcionais, psicológicos e sociais decorrentes das doenças bucais (SILVA, 1999).

Diversos autores desenvolveram questionários visando a coletar dados de autopercepção, variando a quantidade e a abrangência das perguntas. Entre eles pode-se destacar o "Geriatric Oral Health Assessment Index", conhecido como GOHAI. Foi desenvolvido por ATCHISON e DOLAN (1990), contendo 12 questões fechadas que avaliam as condições de saúde bucais nos aspectos físicos, funcionais e psicológicos. Desde então este vem sendo extensamente usado no mundo todo em vários estudos como os de GILBERT (1994); MacENTEE (1996); KRESSIN (1997); SALIBA (1997); SILVA (1999); LEAL (2000); GEVAIERD (2001); SESI (2003); TORRES (2003); JONES (2003); CAMPOS (2005); SILVA e cols.( 2005); RODRIGUES (2005).

Nos países mais desenvolvidos, onde os idosos têm acesso a tratamentos odontológicos, os estudos sobre percepção são realizados com o propósito de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como avaliar os tratamentos recebidos (CARNEIRO, 2001). Já em países em desenvolvimento como o Brasil, a oferta de serviços a esse grupo populacional ainda é restrita principalmente na área pública, conhecer a percepção das pessoas sobre sua própria condição bucal seria o primeiro passo na elaboração de programas com ações educativas preventivas e curativas mais realistas à nossa condição (SILVA, 1999).

A relevância do assunto aliada à carência de estudos de autopercepção em relação à condição clínica foram os principais motivos que impulsionaram a realização deste estudo.

## 2-REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1- Envelhecimento

Pesquisadores vêm trabalhando na temática do idoso e do envelhecimento, com sofisticação que chega aos níveis celular e molecular, sem contudo conseguir esclarecer alguns mecanismos envolvidos nesse processo (WERNER et al. 1998).

DA PONTE e col. (2005) afirmam que o envelhecimento, universalmente, parece comum a quase todos os seres animais, ainda que os mecanismos envolvidos na sua gênese permaneçam obscuros. Pesquisas em níveis celular e molecular ainda não explicam os processos fundamentais constantes do envelhecimento, processos esses que poderiam justificar a maior suscetibilidade a doenças que ainda permanecem não totalmente esclarecidas.

Para BORGONOVÍ e col. (2005) o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte. É um processo gradual, desde o nascimento até a morte, onde há três fases distintas: a juventude, marcada pela evolução e desenvolvimento; a idade adulta em que predomina o equilíbrio e a estabilização e, por último, a velhice, marcada por um período de regressão. Há que se ter, contudo, uma visão global do envelhecimento, uma visão que abranja variáveis sociais, culturais, ambientais e econômicas que, seguramente, participam em maior ou menor extensão do processo de envelhecimento.

PASCHOAL (2005) distingue alguns aspectos do envelhecimento, como:

*Biologicamente*, o envelhecimento é um processo que começa tão precoce quanto a puberdade (alguns autores já o querem após a concepção) e é contínuo durante a vida.

*Socialmente*, as características dos membros da sociedade, que são percebidos como idosos, variam de acordo com o quadro cultural, com o transcorrer das gerações, com as condições de vida e trabalho, sendo que as desigualdades dessas condições levam a desigualdades no processo de envelhecer.

*Intelectualmente*, diz-se que alguém está ficando velho, quando começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizado e falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com as suas capacidades intelectuais anteriores.

*Economicamente*, algumas vezes define-se que uma pessoa se torna idosa quando deixa o mercado de trabalho, deixando de ser economicamente ativa.

*Funcionalmente*, quando começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou de tarefas habituais. A deterioração da saúde física e mental, que ocorre com o passar dos anos, leva os demais a considerarem a pessoa como idosa.

*Cronologicamente*, há dificuldade em se definir o que é envelhecimento. Tal definição se torna arbitrária, pois, dependendo do desenvolvimento socio-econômico de cada sociedade, os seus membros apresentarão os sinais inexoráveis do envelhecimento, com suas limitações e perdas de adaptabilidade, em diferentes idades cronológicas. O critério cronológico, apesar de ser o menos preciso, é o mais utilizado sempre que existe a necessidade de delimitar a população em estudo, ou para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos, de planejamento e de oferta de serviços.

### **2.1.1-Histórico**

Certamente o primeiro questionamento acerca de Geriatria seria a definição do que é envelhecimento e identificar o idoso.

A palavra Geriatria se originou do grego, onde *geras* = idoso e *iatrikos*, *iatria* = cura. Representa, portanto, o estudo e o tratamento das alterações que ocorrem nos idosos (KINA 1996).

Senescência refere-se fundamentalmente ao envelhecimento puramente biológico, sendo senilidade a velhice patológica, física ou psíquica, apresentando em muitas situações um comprometimento social altamente representativo (KINA, 1996).

Para GARCEZ LEME (2005) a expectativa de vida nas sociedades antigas era extremamente reduzida em relação à atualidade, causada pelos problemas de saúde pública, de doenças endêmicas e epidêmicas e pela violência. Era extremamente raro que as pessoas chegassem à senectude. A valorização do conhecimento e da experiência dos idosos parece ter variado na dependência direta do conhecimento, da cultura e da disponibilidade de meios pelos quais eles eram transmitidos.

Os avanços científicos na Química, Anatomia, Fisiologia e Patologia nos séculos XVII e XVIII tornaram possíveis as discussões sobre o problema do envelhecimento.

Em 1754, Johann Bernard Fischer, publica o primeiro livro onde se dedica ao estudo da anatomia e fisiologia dos idosos, procurando separar envelhecimento normal de doença.



O interesse progressivo da comunidade médica levou à criação em 1942 da "The American Geriatrics Society", a "The Gerontological Society" em 1945"e em 1950 a "International Society of Gerontology" (PAPALÉO NETTO, 2005).

Para JITOMIRSKI (1998) citada por (PINTO, 2000) a Odontologia Geriátrica ou Gerontologia, firmou-se como disciplina ou especialidade profissional na segunda metade dos anos oitenta, ampliando seus limites para o campo da saúde coletiva. Os cuidados para com os idosos têm sido quase que sistematicamente excluídos das programações de saúde bucal em nível coletivo.

Segundo BOUCHER (1975) estudos feitos em diferentes partes do mundo confirmam a elevada porcentagem de desdentados entre idosos. Daí a convicção difundida de que a odontologia geriátrica consistiria principalmente da reabilitação bucal do desdentado. Ainda assim, no futuro próximo, aparecerá como o tratamento protético do idoso.

BOUCHER (1975) e TAMAKI (1988) afirmam que a idade do paciente é um fator importante, visto que a capacidade de adaptação do paciente em relação à prótese diminui com o avançar dos anos. É um processo característico e gradual do envelhecimento.

A prática maciça de extrações constitui, sem dúvida, o fenômeno predominante do ponto de vista odontológico entre os brasileiros de terceira idade, constatando-se que 79,4% da população com 60 anos e mais é edêntula (ROSA e col. (1993).

Nessa faixa etária, a utilização de próteses totais é uma indicação que tem papel de integração social, e de resgate da auto-estima, aspecto que jamais pode ser desprezado, seja qual for a idade considerada (BRUNETTI, 2002).

A fabricação de aparelhos artificiais para substituir a falta de dentes surgiu há mais de 3000 anos atrás. Somente nos últimos cem anos, o uso de próteses dentárias como conhecemos, passou a existir. Ainda hoje, pesquisas são feitas na tentativa de obter materiais que se assemelhem em características e em adaptação aos dentes naturais perdidos (TURANO & TURANO, 1998).

### 2.1.2-Identificação do idoso

A OMS (Organização Mundial de Saúde), como descreveu KINA et al. (1996), coloca como parâmetro para o idoso, a idade cronológica na seguinte progressão: 45-60 anos → meia idade ou primeiro envelhecimento; 60-70 anos → senescência gradual; 70-90 anos → velhice conclamada; acima de 90 anos → longevo.

Contudo, a ONU- Organização das Nações Unidas (1998) citada por BRUNETTI & MONTENEGRO (2002), considera o início da terceira idade aos 60 anos para países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e aos 65 anos para países desenvolvidos. Esses parâmetros são importantes em análise de dados estatísticos.

A Associação Internacional de Gerontologia também considera idosa, a pessoa com 65 anos (FRARE, 1997); Já para DUNKERSON (1997) poder-se-ia definir a terceira idade como um período de vida acima dos 60 anos.

NIESSEN et al. (1993), citados por MELLO (2005), também classificam os idosos como: "jovens idosos" ou *senior citizen* entre 65-74 anos, e são relativamente saudáveis e ativos. "Meio idosos", entre 75-84 anos que variam entre saudáveis e ativos e os que conseguem conviver com doenças crônicas. E aqueles com mais de 85 anos, chamados de "mais idosos que idosos," que convivem com doenças crônicas, tornando-se mais frágeis psicologicamente. Este é o grupo que cresce mais rapidamente na população de idosos.

O processo de envelhecimento tem sido visto e definido por vários autores das mais diversas formas. Alguns o vêem como um processo biológico, outros mais como um processo patológico, outros como um processo sócio-econômico ou ainda como um processo psicossocial (CORMACK, 1999 ; COSTA, 2000).

DUNKERSON (1997) afirma que o estereótipo do idoso como um ser senil, doente, não atraente, assexuado, fraco, inútil, incapaz de aprender e trabalhar é definitivamente inapropriado e inaceitável. Pode-se observar que a terceira idade representa cada vez mais indivíduos ativos e interessados em ser sadios, ter boa aparência e se sentir bem.

Para SILVA, (1999) a terceira idade além de ser um ponto crucial na atualidade, representa um momento da vida em que há necessidade de reconstruir dignidade, direitos, implementando a cidadania, e reativando novos sentidos.

Para HOOYMAN, citado por DUNKERSON (1997) a expectativa é de que a terceira idade em breve se constituirá de dois grupos: o primeiro de idosos sadios, mais independentes nos seus 80 e 90 anos, devido ao maior cuidado com a saúde durante a juventude e a idade

adulta. Estes terão menos doenças, e deverão morrer de morte natural aos 100 anos ou mais. O outro grupo será daqueles que apresentam múltiplas doenças crônicas, mais dependência de terceiros, nível econômico mais baixo, serão capazes de sobreviver às doenças, mas mantendo as seqüelas das mesmas. Este último grupo será maior que o primeiro.

Para PAPAS et al. citados por DUNKERSON (1997), o grupo da terceira idade é o mais heterogêneo entre todas as idades, acumulando diversas experiências tais como: diferenças de personalidade, nível de educação, nível econômico, tipo de trabalho, estilo de vida, crença religiosa e local de moradia (rural *versus* urbano). Devido a essa heterogeneidade e a complicações derivadas de inúmeras doenças crônicas e medicações utilizadas pela maioria, torna-se difícil encontrar uma definição geral e um plano de tratamento adequado a todos.

Devido à sua heterogeneidade, a chamada Terceira Idade (acima dos 65 anos) é dividida em 3 subgrupos. Este critério foi adotado pelo grupo de trabalho da OMS (Organização Mundial de Saúde) e FDI (Federação Dentária Internacional) para estudar as necessidades em saúde bucal dos idosos. São eles:

*Os funcionalmente independentes:* são indivíduos sadios, podendo ter uma ou duas doenças crônicas não-graves, controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado com a idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

*Os parcialmente dependentes ou fragilizados:* são indivíduos com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda de seu sistema de suporte social, tornando-os incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria vive na comunidade com serviços de suporte.

*Os totalmente dependentes,* também chamados de *funcionalmente dependentes:* são os indivíduos cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. São pessoas geralmente institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Tais subgrupos apresentam necessidades e capacidade funcional, que devem ser consideradas, pois afetam a aceitação e o recebimento do tratamento odontológico (ETTINGER, 1984; PINTO, 2001).

Existem dados internacionais, indicando que daqui a trinta anos, cerca de dois terços dos procedimentos odontológicos estarão sendo direcionados para o atendimento da população acima de 65 anos. (PARAJARA & GUZZO (2000)).

### 2.1.3- Aspectos sócio-demográficos

Desde as décadas de 60 e 70 do século passado, os indicadores demográficos, somados às reais melhorias de condição de vida, mostravam um crescimento real e consistente das pessoas de 65 ou mais anos de idade, fazendo-se prever que no ano de 2020, no Brasil, existirão mais 25 milhões de pessoas nesta faixa etária. Eles representarão 11,4% da população. Em 2025, a expectativa é de atingir 15% da população brasileira. Tal aumento na longevidade vem ocorrendo devido às sucessivas quedas das taxas de fecundidade e à diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas. Estudos mostram que é irreversível o envelhecimento da população brasileira. Embora nos países da Europa esta longevidade tenha ocorrido devido às melhorias médico-sanitárias, no Brasil, para a maioria da população, tais condições estão longe de ocorrer (IBGE, 2004).

Para um brasileiro nascido durante a Segunda Guerra Mundial, por exemplo, a expectativa de vida ao nascer era de apenas 39 anos; hoje ela está acima de 64 anos. Um ganho de 25 anos nas últimas 4 décadas. E as projeções indicam que nos próximos 40 anos a expectativa de vida deverá atingir 72 anos para ambos os sexos. As características principais desse processo de envelhecimento experimentado nos países do Terceiro Mundo são, de um lado, o fato do envelhecimento populacional estar se dando sem que tenha havido uma real melhoria das condições de vida de uma grande parcela dessas populações, e de outro lado, a rapidez com que esse envelhecimento está ocorrendo. Vale ressaltar que as estimativas de crescimento dessa população são todas baseadas em hipóteses quanto ao comportamento das taxas de fecundidade e mortalidade. Tais hipóteses assumem também que as diferenças regionais existentes hoje permanecerão inalteradas (RAMOS, 1987).

Em 2002, o Brasil tinha 12.445.563 aposentados ou pensionistas, ou 77,7% do total dos idosos. O nível educacional das pessoas de 60 anos ou mais, embora baixo, vem aumentando: enquanto 48,2% dos idosos com 75 anos ou mais tinham um ano de estudo ou menos, entre os de 60 a 64 anos, o percentual caía para 30,5%. Entre os idosos, 12,1% moravam sozinhos, 24,8% moravam com filhos ou parentes, 24,9% viviam com seus cônjuges, mas sem filhos, e 37,9% moravam com os cônjuges e com filhos ou outros parentes. Quase 65% dos idosos eram as pessoas de referência de suas famílias (IBGE, 2004).

Analisando por um ponto de vista odontológico, muito mais pessoas estarão mantendo seus dentes naturais por mais tempo, e na Inglaterra, dentro das próximas duas décadas, espera-se que 80% das pessoas com 65 anos ou mais anos estejam dentadas. Entretanto, esta

melhora traz seus próprios problemas já que muitos destes dentes estão bastante restaurados e têm níveis significativos de doença periodontal. Assim, é relevante destacar que a nova geração de adultos idosos está muito mais engajada na preservação de sua dentição natural, quando comparada com as gerações anteriores. Infelizmente, aqueles que já perderam sua dentição natural não perceberão a melhora disso na sua qualidade de vida, já que muitos ainda têm problemas maiores de saúde geral e este permanece um ponto importante. Em lugares como o Reino Unido, o número de centenários aumenta numa taxa de 7% a cada ano, e a porcentagem estimada por volta de 2020 será de 26%, aumentando drasticamente para 38% em 2050. Estas e outras mudanças demográficas estão ocorrendo em todas as sociedades desenvolvidas e se tornarão um fenômeno mundial (NEWTON, 2003).

PUCCA JR. (1998) citado por CARNEIRO (2001) afirma que a prevalência do edentulismo na terceira idade desnuda a ineficiência e a ineficácia das formas de planejamento e de programas voltados para os idosos. Ressalta ainda que o quadro de edentulismo na terceira idade no Brasil não se explica pelo aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas e parece sim ser mais consequência do quadro sócio-econômico dos idosos. Frente a esse quadro, há que se definir prioridades que orientem uma reestruturação do sistema e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal que, em última instância, resultem nestas precárias condições de saúde bucal dos idosos.

A grande meta da Odontologia mundial neste século será atender 15/16 milhões de idosos. Este grande desafio é a mudança do paradigma bucal do idoso brasileiro: De um paciente edentado total reabilitado com próteses totais, para um idoso que alcança os 70/80/90 anos com muitos elementos dentários em sua cavidade bucal. Esses idosos necessitarão não apenas de reembasamento, mas de um verdadeiro programa preventivo voltado para a terceira idade (ERICKSON,1997).

#### 2.1.4 - Lei do Idoso

Em 3 de julho de 1996, o presidente da república, Fernando Henrique Cardoso baixou o Decreto nº 1948 regulamentando a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, sobre a Política Nacional do Idoso. (BRASIL, 1996).

Art. 1º - Na implementação da Política Nacional do Idoso, as competências dos órgãos e entidades públicas são as estabelecidas neste Decreto.

Art. 2º - Ao Ministério da Previdência e Assistência Social, pelos seus órgãos, compete:

I - coordenar as ações relativas à Política Nacional do Idoso;

II - promover a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso;

III - participar em conjunto com os demais ministérios envolvidos, da formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso;

IV - estimular a criação de formas alternativas de atendimento não-asilar;

V - promover eventos específicos para discussão das questões relativas à velhice e ao envelhecimento;

VI - promover articulações inter e intraministeriais necessárias à implementação da Política Nacional do Idoso;

VII - coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso, diretamente ou em parceria com outros órgãos;

VIII - fomentar junto aos Estados, Distrito Federal, Municípios e organizações não-governamentais a prestação da assistência social aos idosos nas modalidades asilar e não-asilar.

Art. 3º - Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Parágrafo único - A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Art. 4º - Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:

I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

- II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia - local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;
- III - Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;
- IV - Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;
- V - atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;
- VI - outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

Art. 5º - Ao Instituto Nacional do Seguro Social- INSS compete:

- I - dar atendimento preferencial ao idoso, especificamente nas áreas do Seguro Social, visando à habilitação e à manutenção dos benefícios, exame médico pericial, inscrição de beneficiários, serviço social e setores de informações;
- II - prestar atendimento, preferencialmente, nas áreas da arrecadação e fiscalização, visando à prestação de informações e ao cálculo de contribuições individuais;
- III - estabelecer critérios para viabilizar o atendimento preferencial ao idoso.

Art. 6º - Compete ao INSS esclarecer o idoso sobre os seus direitos previdenciários e os meios de exercê-los.

§ 1º - O serviço social atenderá, prioritariamente, nos Postos do Seguro Social, os beneficiários idosos em via de aposentadoria.

§ 2º - O serviço social, em parceria com os órgãos governamentais e não-governamentais, estimulará a criação e a manutenção de programas de preparação para aposentadorias, por meio de assessoramento às entidades de classes, instituições de natureza social, empresas e órgãos públicos, por intermédio das suas respectivas unidades de recursos humanos.

Art. 7º - Ao idoso aposentado, exceto por invalidez, que retornar ao trabalho nas atividades abrangidas pelo Regime Geral de Previdência Social, quando acidentado no trabalho, será encaminhado ao Programa de Reabilitação do INSS, não fazendo jus a outras

prestações de serviço, salvo às decorrentes de sua condição de aposentado.

Art. 8º - Ao Ministério do Planejamento e Orçamento, por intermédio da Secretaria de Política Urbana, compete:

- I - buscar, nos programas habitacionais com recursos da União ou por ela geridos, a observância dos seguintes critérios:
  - a) identificação, dentro da população alvo destes programas, da população idosa e suas necessidades habitacionais;
  - b) alternativas habitacionais adequadas para a população idosa identificada;
  - c) previsão de equipamentos urbanos de uso público que também atendam as necessidades da população idosa;
  - d) estabelecimento de diretrizes para que os projetos eliminem barreiras arquitetônicas e urbanas, que utilizam tipologias habitacionais adequadas para a população idosa identificada;
- II - promover gestões para viabilizar linhas de crédito visando ao acesso a moradias para o idoso, junto:
  - a) às entidades de crédito habitacional;
  - b) aos Governos Estaduais e do Distrito Federal;
  - c) a outras entidades, públicas ou privadas, relacionadas com os investimentos habitacionais;
- III - incentivar e promover, em articulação com os Ministérios da Educação e do Desporto, da Ciência e Tecnologia, da Saúde e junto às instituições de ensino e pesquisa, estudos para aprimorar as condições de habitabilidade para os idosos, bem como sua divulgação e aplicação aos padrões habitacionais vigentes;
- IV - estimular a inclusão na legislação de:
  - a) mecanismos que induzam a eliminação de barreiras arquitetônicas para o idoso, em equipamentos urbanos de uso público;
  - b) adaptação, em programas habitacionais no seu âmbito de atuação, dos critérios estabelecidos no inciso I deste artigo.

Art. 9º - Ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete:

- I - garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento



- do Sistema único de Saúde - SUS;
- II - hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde;
- III - estruturar Centros de Referência de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde com características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento;
- IV - garantir o acesso à assistência hospitalar;
- V - fornecer medicamentos, órteses e próteses, necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso;
- VI - estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde;
- VII - desenvolver política de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde;
- VIII - desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a:
- a) estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria;
  - b) estimular o auto-cuidado e o cuidado informal;
  - c) envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso;
  - d) estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social;
  - e) produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso;
- IX - adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- X - elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares e acompanhar a sua implementação;
- XI - desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, as organizações não-governamentais e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia, para treinamento dos profissionais de saúde;
- XII - incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais;

XIII - realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico visando a ampliação do conhecimento sobre o idoso e subsidiar as ações de prevenção, tratamento e reabilitação;

XIV - estimular a criação, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de Unidades de Cuidados Diurnos (Hospital-Dia, Centro-Dia), de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para o idoso.

Art. 10. - Ao Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, compete:

I - viabilizar a implantação de programa educacional voltado para o idoso, de modo a atender o inciso III do Art. 10 da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II - incentivar a inclusão nos programas educacionais de conteúdos sobre o processo de envelhecimento;

III - estimular e apoiar a admissão do idoso na universidade, propiciando a integração intergeracional;

IV - incentivar o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade, ao idoso e sua família, mediante os meios de comunicação de massa;

V - incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores.

Art. 11. - Ao Ministério do Trabalho, por meio de seus órgãos, compete garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto à sua participação no mercado de trabalho.

Art. 12. - Ao Ministério da Cultura compete, em conjunto com seus órgãos e entidades vinculadas, criar programa de âmbito nacional, visando à:

I - garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

II - propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos;

III - valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

IV - incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais.

Parágrafo único. - Às entidades vinculadas do Ministério da Cultura, no âmbito de suas respectivas áreas afins, compete a implementação de atividades específicas, conjugadas à Política Nacional do Idoso.

Art. 13. - Ao Ministério da Justiça, por intermédio da Secretaria dos Direitos da Cidadania, compete:

- I - encaminhar as denúncias ao órgão competente do Poder Executivo ou do Ministério Público para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário;
- II - zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

Parágrafo único. - Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

Art. 14. - Os Ministérios que atuam nas áreas de habitação e urbanismo, de saúde, de educação e desporto, de trabalho, de previdência e assistência social, de cultura e da justiça deverão elaborar proposta orçamentaria, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

Art. 15. - Compete aos Ministérios envolvidos na Política Nacional do Idoso, dentro das suas competências, promover a capacitação de recursos humanos voltados ao atendimento do idoso.

Parágrafo único. - Para viabilizar a capacitação de recursos humanos, os Ministérios poderão firmar convênios com instituições governamentais e não-governamentais, nacionais, estrangeiras ou internacionais.

Art. 16. - Compete ao Conselho Nacional da Seguridade Social e aos conselhos setoriais, no âmbito da seguridade, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas.

Art. 17. - O idoso terá atendimento preferencial nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.

Parágrafo único. - O idoso que não tenha meios de prover à sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover à sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma da lei.

Art. 18. - Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência

de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a vida de terceiros.

Parágrafo único. - A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá de avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local.

Art. 19. - Para implementar as condições estabelecidas no artigo anterior, as instituições asilares poderão firmar contratos ou convênios com o Sistema de Saúde local.

Art. 20. - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

## **2.2- Saúde Bucal do Idoso**

### **2.2.1-Aspectos bucais do envelhecimento**

Para DUNKERSON (1990) muitos mitos ainda existem em relação à Terceira Idade. Embora sejam frutos da falta de atualização acerca das novas descobertas sobre o processo de envelhecimento, eles acabam por gerar preconceitos que interferem no atendimento ao paciente geriátrico. O envelhecimento em si não traz doenças. A doença pode ocorrer ou não durante o envelhecimento. Quando ela ocorre, o processo de envelhecimento é afetado consideravelmente e o paciente pode ter muitas de suas funções deterioradas rapidamente. De qualquer forma, com ou sem doenças, as limitações ocorrem durante o envelhecimento e devem ser tratadas e superadas.

BOUCHER(1975) cita alguns efeitos do envelhecimento sobre o paciente geriátrico desdentado, como por exemplo, as transformações da pele e da mucosa bucal, as mudanças nas relações maxilomandibulares, mudanças na língua e no paladar, mudanças no fluxo de salivagem e nutrição e ainda mudanças psicológicas.

TOMMASI (1982) discorre sobre as alterações bucais como sendo parte das modificações gerais do organismo em decorrência do processo de envelhecimento. Com o envelhecimento ocorre uma lenta e constante diminuição do metabolismo geral do organismo, comprometendo diversas funções. No sistema circulatório pode haver redução da reserva cardíaca de trabalho em até 40%, mesmo na ausência de cardiopatias. Alterações em relação aos dentes e ao periodonto podem ser observadas como atrofia, formação de dentina secundária na câmara pulpar, migração apical da inserção epitelial da gengiva, alterações no cemento, e aumento da incidência de doenças periodontais.

A mucosa bucal, apesar de apresentar-se aparentemente normal, é mais suscetível ao rompimento de seu equilíbrio biológico em decorrência da diminuição da secreção das glândulas salivares. Também vai perdendo sua elasticidade, face à diminuição da irrigação, tornando-se mais vulnerável aos traumatismos. Isto explica as ulcerações decorrentes de irritações causadas por próteses. Observa-se também sensível redução da sensação gustativa para os quatro tipos sensitivos como doce, salgado, amargo e ácido. Tudo isto, resultantes da diminuição das terminações nervosas da língua e da atrofia das papilas circunvaladas.

Cerca de 80% dos idosos relatam este tipo de problema. Além disso, os ossos do complexo maxilo-mandibular podem apresentar sinais de osteoporose, reabsorção dos processos alveolares, subluxações na articulação temporo-mandibular resultantes da diminuição do tônus muscular, que pode ser agravada pela perda de elementos dentários (TOMMASI, 1982; MELLO, 2005).

De acordo com KINA (1998), existe toda uma série de alterações do envelhecimento no nível dos órgãos sensitivos, que alteram sensivelmente a qualidade de vida dessas pessoas. A disfunção da percepção gustativa constitui um problema significativo, podendo levar a anomalias do paladar, transtornos no controle de dietas e conseqüentemente na nutrição do idoso. O autor refere-se ainda à diminuição da taxa de fluxo salivar, por declínio no número de células acinosas, o que não traria nenhum efeito maior em pessoas idosas. Porém, uma série de fatores associados pode diminuir significativamente o fluxo salivar, provocando um processo de xerostomia. Um desses fatores, sem dúvida, são as drogas ou fármacos usados pela maioria desses pacientes. Embora os pacientes usuários de próteses totais relatem diminuição da sensibilidade quanto ao gosto dos alimentos, após a colocação de prótese total, nenhum experimento foi capaz de demonstrar qualquer alteração na sensibilidade gustativa.

Segundo BAUN (1984) não existem doenças bucais relacionadas ao envelhecimento cronológico. Problemas como dificuldade de deglutição, diminuição da capacidade mastigatória, não podem ser associados a um envelhecimento normal.

Quando presentes, estas condições têm efeitos cumulativos negativos, podendo ser devastadoras no indivíduo.

ROSA e col.(1993) afirmam não existirem doenças bucais relacionadas diretamente à velhice. Porém, alguns problemas, quando freqüentes, como a diminuição da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição, secura na boca, modificações no paladar, perda de dimensão vertical, têm efeitos cumulativos negativos sobre a saúde do indivíduo. Destarte, a manutenção de uma boa saúde geral e a possibilidade de acesso autônomo a cuidados

odontológicos são fatores fundamentais que podem efetivamente condicionar um estado aceitável de higiene oral pelos idosos.

Segundo DUNKERSON (1997); PUCCA JR. (1997); SILVA (1999) faz-se necessário redesenhar e reeducar serviços e profissionais para possibilitar a existência de tratamentos que sejam compatíveis com as necessidades desses pacientes. Para COHEN (1995) citado por DUNKERSON (1997), os serviços de saúde em Odontologia devem se desenvolver e se organizar com a finalidade de manter o diagnóstico prévio, a prevenção e o tratamento de problemas bucais, seja o idoso ambulante, institucionalizado ou domiciliar.

SOUZA & TAMAKI (1996) fazem referência à alteração do fluxo salivar nos idosos como um problema que compromete o mecanismo de retenção das próteses totais. MANDELL (1989), citado por MELLO (2005), afirma que em pacientes idosos com redução de saliva, a diminuição de mucina na cavidade bucal resultará em menor lubrificação e menor película protetora, com maior risco de erosão e abrasão.

MONTENEGRO e col. (2002) estudaram cerca de 440 substâncias farmacológicas, de uso comum na terceira idade, e puderam observar efeitos colaterais com implicações na cavidade bucal. Os autores calculam que 65% dos medicamentos usados pelos idosos podem causar efeitos danosos na cavidade bucal.

LAMBRECHTS et al. (1987); FORTIN et al. (2000), citados por MELLO (2005), afirmam que as estruturas dentais apresentam mudanças significativas com a idade, e que podem resultar em microfraturas verticais do esmalte, acarretando perda de rigidez.

SILVA (1999); PUCCA JR. (2002) encontraram alterações bucais em idosos como a cárie dentária, as doenças periodontais, as abrasões, a presença de lesões, o câncer bucal e a perda de grande número de dentes, ou seja, o edentulismo.

Para MELLO (2005) a polpa do dente velho não tem a mesma capacidade de reabilitação que a de um dente jovem. De modo geral, ela sofre um processo de degeneração compatível com a idade, podendo ser calcificação, fibrose ou degeneração hialina.

Ressalta ainda que algumas pessoas que apresentam baixo índice de cárie durante a idade adulta, podem apresentar um aumento significativo de cárie de raiz na terceira idade. Essas lesões podem se tornar um problema sério, uma vez que o tecido gengival se retrai e a dentina fica exposta. Há grande prevalência de cárie de raiz entre os idosos.

## **2.2.2-Estudos Epidemiológicos**

### **2.2.2.1-Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira**

Em muitos países, o grupo etário de 65 a 74 anos de idade tem se tornado importante tanto com relação a mudanças na distribuição etária quanto no que diz respeito ao aumento da expectativa de vida. Os dados desse grupo etário têm se tornado importantes tanto para o planejamento adequado de tratamentos como para o monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados a uma população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No Brasil, a falta de dados epidemiológicos relativos à saúde bucal em pesquisas nacionais é limitada, e só em 1986, o Ministério da Saúde executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Neste levantamento epidemiológico, contudo, indivíduos com idade de 60 anos ou mais não foram investigados. Na faixa etária de 50-59 anos, o estudo mostrou 86% de dentes extraídos, 3% com indicação de extração, os edêntulos somavam 50% e 72% dos pesquisados usavam ou necessitavam de pelo menos uma prótese total. Da média de dentes que tiveram experiência de cárie, quase 90% tinham sido extraídos ou estavam com extração indicada (CARNEIRO, 2001; PUCCA JR., 2002).

Em 1996, num segundo levantamento epidemiológico, apenas a população de 6 a 12 anos foi examinada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em 1999 iniciou-se o terceiro levantamento epidemiológico, identificado posteriormente como "SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira". Com a participação de várias instituições e entidades odontológicas, o estudo produziu, em 2003, informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, contribuindo assim para a estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal. A composição da amostra foi padronizada conforme critérios de idades-índice e grupos etários da 4ª edição do Manual de Levantamentos Básicos em Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde, 1997.

Os resultados, de acordo com o relatório final mostraram que os idosos:

- Do total examinados na faixa etária de 65 a 74 anos, 61,23% eram do sexo feminino e 38,77% eram do sexo masculino.
- O edentulismo foi avaliado pelo uso e necessidade de prótese: o maior uso de próteses dentárias para idosos foi constatado na Região Sul, sendo que as regiões

Norte e Nordeste apresentaram uma maior porcentagem de pessoas com necessidade de próteses totais. Observou-se que 33,46% dos indivíduos com 65 a 74 anos não usam nenhum tipo de prótese superior e 57,43% não usam nenhum tipo de prótese inferior. Da população de 65 a 74 anos, 57,91% usam prótese total superior e 34,18% prótese total inferior. Das próteses que os idosos necessitam, a de maior porcentagem é a prótese total: sendo que 16,15% necessitam de prótese total superior e 23,81% necessitam de prótese total inferior.

- No acesso a serviços odontológicos: 5,81% dos idosos brasileiros nunca consultaram um dentista; 65,69% deles têm 3 anos ou mais desde a última consulta; o principal motivo para procurar o atendimento foi a dor, 48,12%; sendo que a maioria, 65,62%, avalia o atendimento como bom.
- Na autopercepção em saúde bucal: 4,69% dos idosos classificam sua saúde bucal como péssima, sendo que 45,99% consideram sua saúde bucal como boa. Na classificação da mastigação, 6,98% classificaram sua mastigação como péssima, sendo que 44,58% classificaram como boa. Perguntados de que forma a saúde bucal afeta o relacionamento, 5,51% disseram que afeta muito; sendo que 12,6% disseram afetar pouco. A prevalência de dor dentária nos últimos 6 meses (pouca, média, muita) foi de 22,44%.

Concluiu-se que cerca de 10% dos brasileiros apresentavam pelo menos um sextante da boca excluído, sendo que esse problema atinge mais da metade dos idosos. A perda dentária precoce é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir entre 15 e 19 anos de idade. O edentulismo continua sendo um grave problema no Brasil, especialmente entre os idosos.

Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

#### **2.2.2.2- Estudos Nacionais**

No município de São Paulo, foi realizado um levantamento epidemiológico com 236 indivíduos por ROSA e col. (1992). A amostra foi dividida em dois grupos: institucionalizados (152) e não institucionalizados (84). Dos idosos não institucionalizados, 65% eram edêntulos, e entre estes 76% eram portadores de prótese total superior e inferior. Nesse mesmo estudo pode se observar que a qualidade das próteses não era a ideal.



Aproximadamente 38% dos não-institucionalizados portadores de prótese total apresentavam lesões provocadas pela prótese (CARNEIRO, 2001).

ROSA e col. (1993) examinaram 257 indivíduos com 60 anos ou mais, na cidade de São Paulo, no ano de 1989. Um dos objetivos deste estudo foi conhecer as condições de saúde bucal prevalentes na população de 60 anos e mais, numa cidade onde este contingente fosse representativo. Proporcionou também dados brasileiros ao estudo da Federação Dentária Internacional, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de programas nacionais dirigidos à população de 3ª idade. O grupo de idosos independentes foi estimado em 55% da população. Nas conclusões do estudo, foi diagnosticado um quadro epidemiológico geral que atesta a precariedade da saúde bucal dos idosos, com severo destaque para o elevado número de extrações já realizadas. Das 257 pessoas examinadas, apenas 8 pessoas não necessitavam nem usavam qualquer tipo de prótese. Em média, 47% dos idosos usavam prótese total superior, sendo que 31% usavam prótese total inferior. Em relação aos reparos de próteses totais, a representatividade não chega a 6%, tanto para a maxila como para a mandíbula, sendo que os idosos funcionalmente independentes são os que mais usam próteses de qualquer tipo, os que menos necessitam de próteses superiores e também os que mais precisam de consertos nas próteses. Nas lesões de mucosa relacionadas ao uso de próteses, houve uma prevalência de 7,8% com estomatite, sendo: 0,4% com ulceração - 10,5% com hiperplasia e 3,1% com outras lesões. A proporção do edentulismo é de 66,33% para os idosos funcionalmente independentes, 80,6% para os parcialmente dependentes e de 90,22% para os totalmente dependentes. Um outro indicador importante é de que somente 13,23% dos examinados pode manter 50% da sua eficácia mastigatória. O fator renda não teve peso discriminatório sobre o nível de saúde bucal da população estudada, embora as diferenças fossem muito pronunciadas entre os grupos de renda média e baixa e os de altos salários.

FRARE e col. (1997) realizaram uma pesquisa na cidade de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, através de um inquérito domiciliar, buscando dados das condições bucais dos idosos, aqui considerados com 55 anos ou mais. Dentre os 182 idosos, 64,6% eram desdentados totais; 50,1% usavam prótese superior; 23,3% faziam uso de outras próteses e 26,6% não usavam próteses. Entre os dentados, obteve-se uma média de 9 dentes por idoso. Foi avaliada também a presença de lesões bucais.

PUCCA JR. (1998) citado por CARNEIRO (2001), realizou um estudo em São Paulo com idosos de 65 anos ou mais, com o objetivo de verificar a prevalência de edentulismo e o uso de próteses dentárias. O estudo, com dados coletados por meio de entrevistas

domiciliares, foi realizado em duas fases. A prevalência de edentulismo no primeiro inquérito foi de 54,9% e do uso de prótese dentária foi de 86,3% (n=1667). No segundo inquérito, o edentulismo ficou em 56% e o uso de prótese dentária em 84,8%.

SOUSA (1998) citado por (PARAJARA e GUZZO 2000), realizou um levantamento epidemiológico em Piracicaba, com o objetivo de verificar a saúde bucal dos idosos. Foram examinados idosos institucionalizados e não-institucionalizados. No grupo de idosos não-institucionalizados, os idosos possuíam 13,1 dentes presentes, 9,4% de necessidade de uso de prótese superior e 30,2% para o uso de prótese inferior.

SCELZA e col. (2003) realizaram um estudo no Rio de Janeiro, com 103 pacientes com idade superior a 60 anos. A finalidade do estudo foi verificar a necessidade do uso e troca de próteses. Concluiu-se que dos idosos examinados, 47,8% arrependeram-se de ter extraído todos os seus dentes, sendo que as mulheres (7,4%) tinham menor probabilidade de permanecer sem os dentes. As mulheres, 33,8%, começaram o uso da prótese total na faixa etária de 21 a 30 anos. Quanto à troca da prótese, constatou-se que 35% dos pacientes precisavam trocar a prótese superior e 17,5% a inferior.

MOIMAZ e col. (2004) desenvolveram um estudo, em Piacatu, São Paulo, com 80 idosos, não- institucionalizados, participantes de um grupo de terceira idade. Os participantes foram entrevistados através de questionários, que procuravam levantar o perfil de utilização de prótese total. Da população 90% eram usuários de prótese total, 65,27% utilizavam prótese total há mais de vinte anos e 44,44% nunca promoveram a substituição da prótese. O fato de ter sido encontrado alto índice de usuários de próteses totais em participantes de grupos de terceira idade, mais uma vez evidencia o modelo odontológico mutilador. Números semelhantes foram descritos por FERNANDEZ et al.(1997), onde 81,7% dos indivíduos eram usuários de aparelhos protéticos.

### **2.2.2.3- Estudos Internacionais**

Em 1990 SLADE e col., citados por CARNEIRO (2001), investigaram diferenças no estado de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados em East York, no estado de Ontário. Encontraram dificuldades para interpretar os dados devido a uma proporção maior de mulheres e de idades mais altas entre os institucionalizados. Após o controle dessas variáveis, concluíram que os idosos institucionalizados possuíam duas vezes mais chances de serem desdentados.

KALSBEEK e col. (1991), citados por CARNEIRO (2001), analisaram dados de edentulismo da população da Holanda por sexo, idade e situação econômica. Encontraram na faixa etária de 65-74 anos, 65,6% das mulheres e 65,2% dos homens com edentulismo. Com relação à situação econômica, os edêntulos eram 74,3% entre os de baixa renda; 69,3% entre os de renda média e 44,4% entre os de alta renda.

Segundo CAPLAN (1993), citado por SILVA (1999) o edentulismo nos Estados Unidos em 1985-86, na faixa etária de 65 anos ou mais foi de 41,1%. Foram examinados 5.686 idosos na pesquisa do National Institute of Dental Research.

MARCUS e col. (1994), citados por SILVA (1999), realizaram uma pesquisa com o objetivo de examinar variações na perda dentária de 5649 pessoas com 65 anos e mais de idade, nos EUA. Os resultados mostraram que os indivíduos que possuíam os mais baixos níveis de escolaridade ou tinham baixa renda eram na maioria desdentados ou apresentavam menor quantidade de dentes presentes.

De acordo com STEELE e col. (1996) citado por CARNEIRO (2001), numa pesquisa em três diferentes comunidades inglesas, foram investigadas as condições de saúde bucal e necessidades de tratamento de 2280 indivíduos com 60 anos ou mais. Observaram que 33% (sul da Inglaterra) e 57% (norte da Inglaterra) eram edêntulos. Entre os dentados, 20% eram edêntulos em um arco dental, requerendo uma prótese total. Perto de 50% de todos os dentes tinham ou necessitavam de restaurações.

WERNER e cols. (1998) afirmam que a porcentagem de idosos edêntulos caiu de 55,4% em 1957 para 34,4% em 1991, nos EUA.

Em pesquisas realizadas para avaliar a condição bucal e necessidades de tratamento, LOCKER e col.(1991) no Canadá e BERGMAN e col. (1991), na Austrália, encontraram respectivamente as taxas de 25,9% e 58,3% de edêntulos entre as pessoas examinadas. BERGMAN e col. concluíram ainda que esse percentual subia para 65,9% em idosos dos 70 aos 79 anos e para 68% naqueles com 80 anos e mais (SILVA, 1999).

Foi realizado um estudo por BOURGEOIS e col. (1998) citados por CARNEIRO (2001), com dados de adultos europeus não-institucionalizados com idades entre 65-74 anos, no período de 1986-1996. Os dados da pesquisa foram obtidos do Global Oral Data Bank da Organização Mundial de Saúde, que aponta estatísticas de edentulismo em 21 países. Encontrou-se uma variação de 12,8% na Itália, 69,6% na Islândia. Em cinco países mais da metade da população idosa era desdentada.

KALK e col.(1992); STRÜBIG & DEPPING(1992), citados por SILVA (1999), têm como característica comum em seus estudos a prevalência de edentulismo maior entre as mulheres do que entre os homens, como também em idosos institucionalizados, quando comparados com idosos independentes.

SHIMAZAKI et al. (2001), citados por BRUNETTI (2003), realizaram um estudo durante 6 anos, com 1229 idosos, com idade média de 79,7 anos de idade, em Kitakyshu, no Japão. Eles moravam em 29 casas de repouso e a condição geral variava de independentes até totalmente independentes. Durante o estudo, 856 idosos morreram. Um dos objetivos do estudo foi verificar se a presença de dentes tinha impacto direto na sobrevivência dos idosos. Relacionou-se número de dentes presentes, sua relação oclusal, as próteses existentes e os casos de edentulismo completo. Pode-se concluir que os edêntulos tinham uma condição de saúde geral mais precária com maior morbidade, mais incapacidade física e chance aumentada de mortalidade. Destacou-se ainda que "uma oclusão mais funcional pode levar a uma expectativa de vida mais longa".

Estudos epidemiológicos recentes tendem a dar suporte à idéia de que "ter seus dentes por toda a vida" é meta possível para grande parte das pessoas. CHRISTENSEN (2000), citado por BRUNETTI e col. (2002), afirma que a manutenção de dentes naturais nos EUA passou de 7,4 dentes em 1960 para cerca de 20 dentes no ano 2000.

### **2.3- Autopercepção e Qualidade de vida**

O termo "Qualidade de vida" tem sido abordado na literatura geriátrica internacional. A saúde bucal como um dos pilares desta qualidade de vida desejada no envelhecimento é a base conceitual da Odontologia, voltada para pacientes idosos (DARNTON-HILL, 1995).

De acordo com WERNER (1998), "Quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida e a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida do idoso. Saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem estar físico e mental, e diminuir o prazer de uma vida social ativa".

DRAKE et al. em um estudo em 1990, examinaram a precisão de auto-percepções bucais em populações dentadas de idosos usando o "Questionário de Estudos Bucais Piedmont". Concluíram que os idosos não estavam aptos para definirem a extensão de suas

necessidades de tratamento, mas suas autopercepções de aparência da boca, capacidade de mastigação e saúde bucal tinham alguma correlação com suas determinações clínicas.

ROSENBERG et al. (1988) citados por ATCHISON & DOLAN (1990), relataram achados de correlação entre condição funcional bucal, medidas clínicas bucais e medidas de saúde geral usando um questionário de condição bucal funcional em clínicas populares em Nova Iorque nos EUA. Estes estudos sugerem que pacientes podem determinar sua saúde bucal com alguma precisão, enquanto incorporam fatores bucais não tradicionais, quando avaliam sua saúde bucal

DOUGLASS et al. (1991) realizaram um estudo com 50 pessoas, com idade de 70 anos e mais, em que compararam a auto-avaliação obtida em entrevistas feitas por telefone com os resultados de exames clínicos realizados por dentistas nos pacientes. Observaram que não houve diferenças significantes entre os dados do exame clínico com a auto-avaliação, constatando que os idosos são capazes de responder a questionários através dos quais avaliam com boa precisão seus próprios problemas.

Em estudos sobre autopercepção MATHIAS et al. (1995); JOKOVIC et al. (1997) mostraram que a maioria das pessoas percebe a condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições não-satisfatórias. De acordo com JOKOVIC & LOCKER (1997), uma das razões para a fraca associação entre as variáveis clínicas e a auto-avaliação deve-se ao fato de que muitas doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente desconhecidas pelo indivíduo.

De acordo com SILVA (1999), a percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais dos indivíduos. Nos países mais desenvolvidos, onde os idosos têm acesso a algum tipo de tratamento odontológico, os estudos sobre percepção são realizados também com o objetivo de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como avaliar os tratamentos recebidos.

Segundo SHEIHAM et al. (2001), baseando-se nos idosos estudados na Pesquisa Nacional de Dieta e Nutrição da Inglaterra (NDNS), a qualidade de vida está relacionada com a capacidade de as pessoas de desenvolverem importantes e corriqueiras funções na vida. A boca contribui de maneira significativa para a qualidade de vida. O estado bucal de uma pessoa pode afetá-la fisicamente, psicologicamente e influenciar em como a pessoa vive a vida; como se vê, como fala, mastiga, saboreia e desfruta os alimentos, bem como sua auto-estima, auto-imagem e sentimento de bem estar social.

O desenvolvimento de medidas para determinação da condição de saúde oral é essencial para a evolução e maturidade do conhecimento científico em odontologia geriátrica. Doenças dentais são raramente vistas em termos dos seus impactos, nem os problemas de saúde oral são sempre considerados abrangentes em avaliações geriátricas. Saúde oral é tradicionalmente determinada independentemente da saúde geral, e é freqüentemente considerada como independente de outras doenças ou condições crônicas. Medidas de determinação de saúde oral, facilitariam o cálculo da prevalência de problemas funcionais bucais em adultos mais velhos, forneceriam meios de custo efetivo para coletar alguns dados, além de aumentar o conhecimento do impacto psicossocial de doenças bucais. Enfim, como medida, poderiam fornecer um meio de comparação da eficácia de várias modalidades de tratamento dental em idosos (ATCHISON & DOLAN, 1990).

### **2.3.1-Índices e Indicadores socio-dentais**

Em SLACK (1981) citado por PINTO (2000), RUSSEL define índice como " um valor numérico que descreve a situação relativa de saúde de uma determinada população por meio de uma escala graduada com limites superior e inferior definidos". Permite comparações com outras populações classificadas pelos mesmos métodos e critérios. Geralmente são empregados em estudos de prevalência ou de incidência. Porém, cada vez mais o verdadeiro conhecimento da situação de uma comunidade em termos de saúde bucal requer a adoção de métodos mais apropriados.

Os índices baseados apenas no diagnóstico da doença, embora mantenham validade relativa, perdem espaço para todo um novo conjunto de índices, fundamentados na relação entre as condições de saúde bucal e qualidade de vida (PINTO, 2003).

Já os indicadores são medidas que possuem sentido mais amplo do que os índices, podendo incluir tanto alguns índices quanto informações qualitativas. Problemas fundamentais como o edentulismo, com fortes raízes sociais e econômicas só podem ser suficientemente compreendidos e explicados quando seus portadores são ouvidos, quando os autodiagnósticos e opiniões destas pessoas são consideradas (PINTO, 2000).

Os indicadores sócio-dentais medem saúde bucal relacionada com qualidade de vida (SHEIHAM, 2001). Esses indicadores sócio-dentais têm sido desenvolvidos para avaliar o impacto do estado dental nas várias percepções, e para isso incorporam fatores como: fator

social, psicológico, percepção de necessidade do paciente no processo de avaliar a necessidade de tratamento dentário (JOKOVIC & LOCKER, 1997).

Os dados a serem coletados em estudos sobre autopercepção são subjetivos e, para tanto, alguns autores padronizaram questionários que avaliam os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais (SILVA,1999).

Segundo PINTO (2000), uma multiplicidade de indicadores tem sido proposta, dentre os quais podemos nos referir:

- The Social Impacts of Dental Disease (SIDDD)- Impactos Sociais das Doenças Bucais, de Cushing, Sheiham e Maizels (1986).
- Index of Chewing Ability (ICA)- Índice de Capacidade Mastigatória desenvolvido por Leake (1990).
- The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)- Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica , de Atchison e Dolan ( 1990).
- Oral Health Impact Profile (OHIP) - Perfil do Impacto da Saúde Bucal, de Slade e Spencer(1994).
- The Dental Impact on Daily Living (DIDL)- Impactos Odontológicos na Vida Diária, de Leão e Sheiham (1995).
- The Oral Impacts Daily Performances (OIDP)- Impacto Oral no Desempenho Diário, de Adulyanon (1996).
- Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL)- Medição de Saúde Bucal Relacionada à Qualidade de Vida desenvolvido por Kressin (1997).
- The Dental Impact Profile (DIP) - Perfil do Impacto Odontológico, de Strauss (1997).
- The Sickness Impact Profile (SIP)- Perfil dos Impactos das Doenças, de (Gilson et al.,1975; Reisine, 1997).
- The Shortened Dental Arch (SDA)- Arco Dentário Encurtado, de Elias e Sheiham (1998).

### 2.3.2- Índice de Saúde Bucal para uso em Geriatria (GOHAI)

O GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) ou Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica foi desenvolvido por ATCHISON e DOLAN (1990) com a intenção de proporcionar uma auto-avaliação das condições de saúde bucal de pessoas idosas, de maneira que permitisse sua utilização tanto em estudos epidemiológicos quanto na prática clínica diária.

O desenvolvimento do GOHAI foi orientado por hipóteses auxiliares como: saúde oral pode ser medida usando pacientes como auto-informantes; níveis de saúde oral variam entre pacientes, e esta variação pode ser demonstrada usando medidas auto-informadas; prognósticos de saúde bucal auto-informadas podem ser identificados.

Também definiu-se saúde bucal como "a ausência de dor e infecção, consistindo em uma dentição confortável e funcional (natural ou protética) que permita ao indivíduo exercer seu papel social" (ATCHISON & DOLAN, 1990).

Inicialmente, para o estudo preliminar, foram acumulados 36 itens de respostas, e calculou-se a frequência de problemas, usando a Escala Likert com 5 pontos: sempre, freqüentemente, às vezes, raramente ou nunca. Sendo a saúde bucal uma das muitas dimensões de saúde medidas na entrevista aos participantes, os 36 itens originais foram reduzidos para manter o comprimento global do questionário razoável. Doze itens foram selecionados para os testes adicionais e, na revisão continham os itens negativo e positivo para desencorajar a concordância dos entrevistados. Além disso, baseando-se nas recomendações da Sociedade Geriátrica Americana, os itens de nº 1,2,4,6,8,9,10,11 e 12 foram decodificados de forma que um baixo valor indicou um problema de saúde bucal. Assim, a contagem da escala é o total dos valores reconhecidos para os 12 itens com uma contagem alta indicando boa saúde bucal (ATCHISON & DOLAN, 1990).

Oito questões foram construídas somente para usuários de próteses totais. A justificativa para essas questões, segundo as autoras, baseia-se no desconforto social, embaraço pela aparência de seus dentes, próteses que se deslocam durante o contato social, tempo excessivo para completar uma refeição e nos relatos de Smith e Sheiham sobre problemas associados ao uso de próteses totais.



O índice ficou composto por 12 questões fechadas, e os itens envolvem a análise de informações proporcionadas pelos pacientes quanto à influência que seus problemas de saúde bucal têm em relação a três dimensões básicas:

- Problemas físicos, que incluem alimentação, fala e deglutição;
- Problemas psicológicos, que compreendem preocupação ou cuidado com a própria saúde bucal, insatisfação com a aparência, autoconsciência relativa à saúde bucal, e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos;
- Dor ou desconforto, considerando o uso de medicamentos para aliviar estas sensações, desde que provenientes da boca.

As pessoas entrevistadas devem responder se experimentaram qualquer dos 12 problemas relacionados, ao longo dos últimos três meses, em uma das categorias: sempre, seguidamente, às vezes, raramente, ou nunca. Os valores correspondentes são: sempre, valor 1; seguidamente, valor 2; às vezes, valor 3; raramente, valor 4; e nunca, valor 5.

Os escores correspondentes às respostas de todos são somados e em seguida divididos pelo total. O índice é o resultado da soma simples dos escores. Com uma escala de 12 a 60, o maior escore indica a mais favorável auto-informação a respeito da saúde bucal, ou seja, 60 corresponde a "ótimo" e 12 a "muito ruim". O maior escore, indica a mais favorável auto-informação a respeito de sua saúde bucal ou seja, 36 corresponde a ótimo e 12 a muito ruim. Em 1997 os escores para os 12 itens do GOHAI foram revistos e o GOHAI foi recalculado para o uso de três grupos de categorias de respostas: três, cinco e seis categorias (ATCHISON & DOLAN,1990).

Alternativas de escores usados em estudos com o GOHAI:

Originalmente, para seis categorias: sempre, valor 5; muito freqüentemente, valor 4; freqüentemente, valor 3; às vezes, valor 2; raramente, valor 1; nunca, valor 0.

Para cinco categorias: sempre, valor 5; muito freqüentemente, valor 4,5; freqüentemente, valor 4; às vezes, valor 3; raramente, valor 2; nunca, valor 1.

Para três categorias: sempre, valor 3; muito freqüentemente, valor 3; freqüentemente, valor 3; às vezes, valor 2; raramente, valor 2; nunca, valor 1 (ATCHISON,1997).

PINTO (2000) cita que alguns pesquisadores têm preferido utilizar apenas três categorias de respostas, como sempre, às vezes e nunca, às cinco originais, sem contudo alterar a substância do índice. Assim, elas recebem os escores: (1) sempre; (2) às vezes; e (3) nunca. O escore de cada indivíduo varia de 12 a 36.

ATCHISON & DOLAN (1990), inicialmente testaram o índice numa amostra de 87 idosos, num estudo piloto, em Centro de Saúde em Los Angeles, nos EUA. Os participantes tinham média de idade de 76 anos, sendo 67% do sexo feminino, 93% eram brancos e 60% sentiam que necessitavam de tratamento bucal. Uma revisão do estudo, possibilitou a versão definitiva, aplicada em 1755 idosos, na mesma cidade de Los Angeles. Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente para um estudo de caso-controle, e os critérios para inclusão era ter no mínimo 65 anos de idade, ser participante de um projeto, o "Passaporte para Saúde", falar inglês, ter um telefone e não ter doença terminal e nem demência mental. O recrutamento dos idosos foi feito através dos médicos clínicos gerais, e idosos completaram suas entrevistas por telefone em abril de 1989.

Para o grupo experimental foram avaliadas medidas de saúde geral e bucal. Dentistas estagiários completaram o exame clínico usando medidas clínicas tradicionais, incluindo um exame dos tecidos, o Índice de Higiene Oral Simplificado (OHI-S), medidas padronizadas para xerostomia, mobilidade dos dentes, o Índice CPO-D e uma avaliação protética.

No grupo experimental, 10% eram edentados.

O grupo controle não recebia o exame oral e 31% eram edentados.

Nos resultados finais, existiram diferenças significantes entre a frequência do problema informado para as duas amostras. Como previsto, os entrevistados do grupo controle relataram mais problemas bucais:

-23% dos entrevistados sempre ou frequentemente limitaram um tipo ou quantidade de alimento comido devido a problemas com seus dentes ou dentaduras.

-37% sempre ou frequentemente tinham problemas com mastigação de alimentos como carne dura ou maçã.

-17% tinham desconforto quando comiam. O grupo também relatou mais frequência de interesse psicossocial do que o grupo experimental. No grupo controle, 27% sempre ou frequentemente tinham preocupação ou estavam preocupados no que dizia respeito a sua saúde bucal.

-18% ficaram mais auto-conscientes sobre os problemas com seus dentes ou dentaduras.

Na comparação das porcentagens da amostra do grupo experimental:

-10% sempre ou frequentemente limitaram um tipo ou quantidade de alimento devido a problemas com seus dentes ou dentaduras.

-13% sempre ou freqüentemente tinham problemas com mastigação de alimentos como carne dura ou maçã.

-9% tinham desconforto quando comiam. Problemas funcionais como a fala e engolir seguiram tendências semelhantes. O grupo experimental relatou satisfação com sua aparência bucal mais freqüentemente do que o grupo controle, e 10% relataram preocupação ou interesse, 6% estavam mais auto-conscientes e somente 1% relatou limitação dos contatos sociais.

O GOHAI apresentou um alto grau de confiança interna e homogeneidade entre os itens para o Alfa de Cronbach (0,79). A confiança foi aceitável para ambos os grupos examinados e para comparações individuais.

Para determinar a construção da validade do índice, usou-se a proposta dos pesquisadores no Experiment Insurance Health Rand, e foram incluídos estudos de correlação entre o GOHAI e outras variáveis. Assim, contagem baixa do GOHAI são esperadas para aqueles com saúde bucal deficiente. Os resultados mostraram que o índice estava associado a variáveis clínicas e socio-demográficas, o que apoiou a construção da validade do índice.

Ter poucos dentes presentes, usar uma prótese removível e perceber a necessidade de tratamento foi de maneira significativa, relacionada à baixa pontuação do índice, caracterizando pior condição bucal. As variáveis sócio-demográficas incluíram a idade dos pacientes até o último aniversário, raça (branca ou não branca), estado civil (casado ou não-casado), renda familiar anual, escolaridade (anos completos) e gênero. Pessoas brancas, com alto grau de instrução e renda anual elevada, tiveram alta pontuação, indicando poucos problemas bucais.

O índice sugere que os pacientes podem não distinguir doenças bucais precocemente, mas podem fundamentar a percepção de sua saúde bucal em outras, mais funcionais. O estudo foi testado em duas amostras de idade avançada com condições de saúde discrepantes. Dados clínicos e sócio econômicos sugerem que a amostra controle tinha saúde bucal deficiente, alta taxa de edentulismo, fortes necessidades percebidas para tratamento dental, baixos empreendimentos educacionais e baixos salários.

A amostra controle e a amostra experimental eram de uma única localização geográfica e continham poucos não-brancos e poucos participantes mais idosos (acima de 85 anos). Pouco é conhecido sobre a correlação entre conhecimentos culturais e valor de saúde relatada em saúde bucal. É possível que indivíduos ou populações com diferenças culturais e diferentes conhecimento geográficos possam responder diferentemente os itens do GOHAI.

Apesar de raça ser significativamente associada com a contagem GOHAI, a amostra experimental tinha também poucos não-brancos para permitir análises amplas. É importante, então, que o GOHAI seja testado em outras populações diversas em termos de cultura e geografia.

As autoras recomendaram a necessidade de outras aplicações do índice, para melhor avaliação quanto à validade e fidedignidade. Também recomendaram a não-utilização do índice para fins de diagnóstico de doenças bucais. Ele substitui a necessidade de um exame bucal, mas com uma baixa correlação com medidas clínicas de doenças, implica em que o GOHAI não pode ser capaz de diagnosticar doenças bucais. O GOHAI não deveria ser usado no lugar do exame clínico bucal ou radiografias bucais as quais sustentam sinais objetivos de doença.

Como um estudo de determinação de saúde bucal geriátrica relatada, ele é indicado para determinar condição de saúde bucal em dois níveis : o nível do paciente e o nível da população. No nível do paciente, o GOHAI poderia ser usado para indicar quando um exame bucal geral ou dental é necessário. No nível populacional, com propósitos epidemiológicos, poderia ser um meio efetivo de se obter informações sobre os problemas de saúde bucal da população idosa.

Para avaliar se o GOHAI poderia ser aplicado por profissionais da área de saúde não-dentistas, com a finalidade de requisitar uma consulta dental, um estudo médico repetiu a administração do GOHAI dentro de oito semanas após o exame inicial. Houve boa combinação entre a aplicação do GOHAI pelo dentista e pelo médico. Assim, o GOHAI serviria para auxiliar na decisão quando uma indicação dental for apropriada.

Com os recentes avanços tecnológicos em reposição de dentes, dentística estética e outras terapias dentais, medidas são necessárias para apreensão do efeito do tratamento em populações de pacientes. O GOHAI facilitaria assim, avaliações dos efeitos nos pacientes.

O GOHAI, é o primeiro passo no desenvolvimento de medidas auto-relatadas multi-ítems em saúde bucal, baseado na definição funcional de saúde.

Em 1997, ATCHISON propôs uma mudança de denominação, com manutenção da sigla original, intitulando-o General Oral Health Assessment Índice, ou seja, Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral. A proposição deveu-se aos resultados satisfatórios alcançados com a aplicação do GOHAI em outros tipos de populações, incluindo populações de negros americanos, hispânicos, grupos de jovens e de baixa renda.

A autopercepção das condições bucais também pode ser obtida através da aplicação de

uma única pergunta à pessoa, onde ela avalia se sua condição bucal é excelente, boa, regular, ruim ou péssima. Este tipo de avaliação é provavelmente menos sensível do que o questionário, porém, ganha-se em praticidade e tempo, como nas pesquisas em que são avaliadas grande quantidade de pessoas (DOLAN et al. 1998).

### **2.3.3--Estudos de Autopercepção em idosos**

As medidas subjetivas procuram refletir a percepção do paciente sobre sua condição bucal, podendo incluir desde uma auto-avaliação da quantidade de dentes presentes até a avaliação de sua aparência ou de problemas funcionais ou psicológicos causados por doenças bucais (SLADE & SPENCER, 1994).

Essas medidas podem ser obtidas a partir da percepção ou avaliação feita pelo paciente e proporcionam informações que complementam o exame clínico feito pelo profissional, possibilitando ao paciente ser visto de maneira mais completa e atualizada, de acordo com as definições de saúde atuais (SILVA, 1999).

SILVA (1999) refere-se também a alguns pesquisadores, como KONONEN e col. (1986); GORDON (1988); GILBERT (1994); SLADE e SPENCER (1994); KRESSIN (1997) que, depois de medir apenas os sinais clínicos das doenças bucais por muitos anos, começaram a trabalhar também com medidas subjetivas.

DOLAN et al. (1997) testaram a sensibilidade do GOHAI em 96 idosos que haviam recebido tratamento dentário. Partiu-se da suposição que, após o tratamento dentário, ocorreria uma melhora nas condições de saúde bucal e esta melhora refletiria nos escores do índice GOHAI. Os idosos tinham idade média de 75 anos, eram participantes de um programa de saúde bucal em Jacksonville, no estado da Flórida, nos EUA.

Inicialmente estas pessoas submeteram-se a um exame clínico e uma entrevista que incluía o GOHAI e perguntas sobre auto-avaliação da condição bucal em 1990 e 24 meses depois. Neste período, 88,5% das pessoas realizaram algum tipo de tratamento. O escore médio do GOHAI passou de 52,7 na primeira entrevista para 54,9 nos 24 meses depois. As pessoas que não receberam tratamento dentário durante o período do estudo diminuíram em média 3,4 o escore do GOHAI. Aquelas que realizaram um ou mais serviços dentários aumentaram o escore do GOHAI em 2,9 em média. A correlação entre o número de serviços dentários recebidos e as mudanças no escore do GOHAI foi moderada ( $p < 0,01$ ).

O índice GOHAI apresentou sensibilidade ao tratamento dentário, mas variou segundo a severidade e a extensão da doença.

GILBERT e col. (1994), citados por SILVA (1999), avaliaram a percepção da necessidade de tratamento odontológico em idosos, levando em consideração os sinais e sintomas das doenças bucais, os problemas psicossociais decorrentes da condição bucal e outros fatores que poderiam afetar a percepção da necessidade de tratamento odontológico. Os autores aplicaram um questionário em 600 pessoas com 65 anos ou mais, no estado da Flórida, EUA. Os resultados mostraram que as pessoas percebiam sua necessidade de tratamento a partir de sinais e sintomas específicos e não a partir de uma avaliação geral de sua saúde dentária ou periodontal.

MacENTEE (1996), citado por SILVA (1999), realizou um estudo qualitativo com o objetivo de analisar o significado da saúde bucal na vida de pessoas idosas. Foram entrevistadas 24 pessoas, metade delas desdentadas e outra metade com dentição normal, com 70 anos e mais de idade. Concluiu-se que os idosos vêm o envelhecimento tendo reflexos na saúde geral, higiene e conforto da boca. Os idosos apresentaram uma perspectiva positiva de saúde bucal na qual o contexto social de saúde e higiene foi tão influente como os determinantes psicológicos do conforto. De maneira geral, os idosos enfatizaram a necessidade de se adaptarem às mudanças na saúde bucal, como um meio para um envelhecimento melhor.

KRESSIN et al. (1997) aplicaram o índice GOHAI em duas amostras de pessoas idosas com o objetivo de observar o comportamento do índice e de como a autopercepção (medida pelo GOHAI) varia de acordo com as características sócio-demográficas e de saúde das amostras estudadas. A primeira amostra foi obtida entre os participantes de um programa de promoção de saúde em Boston, EUA. Foram selecionados 799 homens com idade média de 74 anos. Na segunda amostra, foram selecionados 542 homens, usuários de um serviço de saúde para veteranos de guerra, em Boston, com idade média de 72 anos. O índice GOHAI foi aplicado através de entrevista telefônica para a primeira amostra, e enviado pelo correio na segunda. Os resultados mostraram diferenças nos valores do índice entre as duas amostras. Na primeira amostra, obteve-se um escore médio de 33,36, enquanto na segunda amostra o escore médio foi de 31,77. Nas duas amostras o índice GOHAI apresentou grande consistência interna e correlação entre as questões e foi sensível às diferenças sócio-demográficas existentes entre as duas populações. A renda e a auto-avaliação da saúde bucal foram os preditores mais significativos do índice, mostrados nas duas amostras. Os autores concluíram

que o índice pode ser utilizado em estudos epidemiológicos e para avaliação das condições bucais e bem-estar em várias situações.

Em 1997, SALIBA e col. realizaram uma pesquisa com 90 idosos pertencentes a três instituições de amparo ao idoso no município de Araçatuba - SP. A auto avaliação acerca do estado de saúde bucal foi feita através de um inquérito contendo questões sobre a presença de dentes na boca, uso de prótese, necessidade de tratamento odontológico, tempo da última visita ao dentista, motivo da consulta, tipo de serviço procurado e presença de algum problema bucal. Entre os idosos 62,2% responderam não possuir dentes na boca; 50% responderam usar algum tipo de prótese; 57% responderam precisar de tratamento odontológico; 90% relataram ter visitado o dentista somente quando necessário; 88% informaram ter ido ao dentista há mais de dois anos e o serviço mais procurado foi o público (53,3%); em 53% dos idosos, o principal motivo relatado para a visita foi a dor; 36,6% encontram-se insatisfeitos com seu estado de saúde bucal; 67% gostariam de receber algum tipo de tratamento odontológico, ou seja, os idosos são capazes de perceber seus problemas e suas necessidades.

DOLAN et al. (1998) avaliaram mudanças na percepção da condição bucal, idosos com 75 anos e mais, não-institucionalizados, participantes de um programa de prevenção em Santa Mônica, no estado da Califórnia nos EUA. O estudo, realizado num período de 3 anos, consistiu-se de uma entrevista inicial, repetida nos 3 anos seguintes.

As principais questões referiam-se a avaliação geral da condição bucal, necessidade de tratamento e o índice GOHAI. De um total inicial de 258 idosos que responderam à entrevista, 150 completaram as 3 entrevistas previstas. As mudanças na avaliação bucal foram analisadas e comparadas com duas medidas relevantes: O GOHAI e a autopercepção da necessidade de tratamento. As mudanças na avaliação geral foram consistentes com aquelas medidas pelo GOHAI e pela autopercepção da necessidade de tratamento. Dentre aqueles que fizeram parte do estudo, 38,7% tiveram a mesma avaliação durante todo o período. A avaliação foi pior no final para 37,3%; sendo que para 24% a avaliação melhorou. Foi encontrada uma correlação moderada entre a avaliação geral e o GOHAI. Para as necessidades de tratamento, a associação não foi estatisticamente significativa. Para os autores o uso da avaliação geral como medida de percepção de saúde bucal é válida, porém, seria importante a realização de novas pesquisas que incluíssem também medidas clínicas de saúde bucal, para correlacionar condição clínica com a auto-avaliação.

SILVA (1999) conferiu as condições de saúde bucal de idosos pesquisando a autopercepção das condições bucais em 201 pessoas com 60 anos ou mais de idade, em uma unidade básica de saúde em Araraquara- SP. Para a obtenção de dados utilizou-se de exame clínico e de um formulário contendo questões sobre características sócio- demográficas, autopercepção da condição bucal e o índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index). Encontrou 40,4% de desdentados e entre eles 55,8% afirmaram que sua condição bucal era boa. A cárie e a doença periodontal tiveram alta prevalência entre os idosos dentados sendo que 42,7% deles consideraram sua condição bucal regular. O índice GOHAI apresentou um valor médio de 33,8. As variáveis associadas à auto-avaliação foram: classe social, índice GOHAI, dentes cariados e indicados para extração. Concluiu que a percepção teve pouca influência das condições clínicas presentes, ressaltando por isso a necessidade de desenvolver ações educativas e preventivas para a população.

LEAL (2000) realizou um estudo com 157 indivíduos com 60 anos ou mais através de entrevista e exame bucal. Usou o Índice de Saúde Bucal Geriátrico (GOHAI) com o objetivo de avaliar a saúde bucal auto-percebida por idosos assistidos no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco. Foram avaliados entre outros o edentulismo e a presença de prótese. Neste estudo, a porcentagem de indivíduos do gênero feminino foi de 77,1%, o edentulismo foi de 65% e a presença de prótese foi de 88,5%. Em relação ao GOHAI, 53,5% da amostra se classificaram como muito bom e 40,8% como bom. Os resultados obtidos permitiram concluir que os idosos foram capazes de avaliar a sua saúde bucal através do GOHAI, concordando com a avaliação clínica encontrada.

TORRES (2003) realizou um estudo com o objetivo de verificar o estado de saúde bucal e as condições de saúde de idosos. Avaliou a percepção e a satisfação com a vida e referenciada a domínios como a saúde bucal e a saúde física global. A amostra constituiu-se de 61 indivíduos idosos, com idade entre 60 e 75 anos, funcionalmente independentes, inscritos no programa de atendimento odontológico da Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Foram utilizados um questionário sócio-demográfico, uma escala de atividades instrumentais de vida diária e o questionário para avaliação da saúde bucal geriátrica (GOHAI). Também realizou-se um exame clínico bucal para determinar as condições bucais e o uso e/ou necessidade de próteses dentárias.. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos tinha 60 e 69 anos, eram casados, tinham baixo nível de escolaridade e baixa renda. As doenças relatadas estavam relacionadas aos sistemas circulatório, osteomuscular e endócrino e as mulheres se descreveram como mais doentes do que os



homens e avaliaram menos positivamente a saúde do que eles. O edentulismo correspondeu a 30,5% da amostra. Os idosos desdentados relataram menos dor e desconforto do que os dentados. Foi encontrada correlação positiva entre o número de dentes perdidos e obturados e os escores de funcionalidade no GOHAI.

JONES et al.(2003) realizaram um estudo em Boston, EUA com a finalidade de examinar características psicométricas de 4 medidas de auto-avaliação e qualidade de vida. Os participantes foram selecionadas de duas amostras de comunidades de veteranos. A primeira com 538 pacientes com média de idade de 62 anos. Eram geralmente de classe pobre, tinham pouca instrução e significativa redução na sua condição física e mental. Na segunda amostra, 221 pacientes, com média de idade de 70 anos, relativamente saudáveis. Os 4 índices ou medidas usados foram o GOHAI, o OHIP, o OHQOL, e itens simples de auto-avaliação de saúde bucal. Na primeira amostra, o GOHAI foi de 31,3 e na segunda foi de 32,9. Nos resultados obtidos, todas as medidas estudadas tinham consistência interna razoáveis. No critério sobre validade, o GOHAI foi considerado um dos dois índices com validade superior. O outro índice foi o OHIP.

CORMACK (2004) relata uma pesquisa realizada por GEVAERD et col.(2001), com pacientes de mais de 60 anos, onde os idosos foram entrevistados e relataram suas opiniões acerca de suas percepções relativas ao estado de saúde geral e bucal. Os autores concluíram que ausência de expectativa de vida pode levar a uma percepção de qualidade de saúde deficiente.

CAMPOS e cols. (2005) realizaram um estudo com o objetivo de determinar a condição de saúde bucal, através do GOHAI, em idosos usuários da Clínica de Odontogeriatría da Faculdade de Odontologia - Universidade Vale do Rio Doce. A amostra foi composta de 35 indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos e foi aplicado o questionário GOHAI. A média dos escores finais dos sujeitos da amostra foi de 31,6 considerado um escore regular. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores finais dos idosos segundo o gênero feminino e masculino.

SILVA e cols. (2005) avaliaram as condições de saúde bucal através de exames clínicos e de autopercepção. A autopercepção foi avaliada usando-se o índice GOHAI. A amostra de 112 indivíduos com mais de 60 anos foi dividida em G1(sem acesso a tratamento odontológico conveniado) e G2 (com acesso a tratamento odontológico conveniado), entre os residentes de Rio Claro, no estado de São Paulo. A porcentagem de indivíduos edêntulos foi de 45,5% e dentre os edêntulos, 69,6% usavam próteses totais superiores e 42,9% usavam

próteses totais inferiores. A média do GOHAI foi de 33,61, qualificando como positiva a percepção de saúde bucal, havendo diferença apenas na dimensão física. A autopercepção da saúde bucal foi satisfatória, o que não pode ser confirmado com os dados clínicos obtidos nos grupos.

RODRIGUES (2005) realizou um estudo com o objetivo de avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal e verificar a influência das características sócio-demográficas e de saúde sistêmica da amostra. A amostra consistiu de 184 idosos, de ambos os sexos, institucionalizados, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes, sem alterações cognitivas significantes, com idade de 60 anos ou mais, em Piracicaba, estado de São Paulo. Foram aplicados questionários sobre as características sócio-demográficas e a saúde sistêmica. A autopercepção de saúde bucal foi avaliada com o uso do GOHAI. O estado emocional foi avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica. De acordo com os resultados, a média do GOHAI foi baixa, de 28,03. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes do GOHAI considerando a faixa etária, gênero, renda, grau de instrução, saúde geral ou última visita ao dentista. O índice foi maior nos casados e nos viúvos do que nos solteiros e naqueles que residiam com companheiro. Com relação ao estado emocional, houve predominância entre GOHAI baixo e estado depressivo. Os fatores de risco para baixa autopercepção de saúde bucal foram ser solteiro e residir em habitação coletiva.

Em 2002-2003, foi realizado um estudo epidemiológico de Saúde Bucal em trabalhadores da indústria pelo SESI - Serviço Social da Indústria. A maior faixa etária contemplada pelo estudo foi de 45 a 54 anos. Alguns índices e indicadores foram usados, como o Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral (GOHAI). Foi alcançado o valor de 31,11 entre pessoas com ou sem dentes (SESI, 2003).

## **2.4- Condições Clínicas das Próteses totais**

### **2.4.1-Bem Estar Psicossocial**

VAN WAAS em 1990, com o objetivo de colaborar com informações a respeito de fatores relevantes ao sucesso de próteses muco-suportadas, realizou um estudo onde fez uma correlação entre grau de satisfação e qualidade das próteses com a condição física da boca. Os 130 pacientes foram reabilitados com novas próteses totais, submetidos a cefalometria, responderam a um questionário e foram feitos modelos de estudo.

Concluiu-se que existe uma moderada correlação entre a qualidade da prótese e a satisfação com a mesma, sendo pequena a influência da condição física da boca.

FISKE (1990), citado por OLIVEIRA (2001), fez uma avaliação em idosos através de um índice sócio-dental, para medir quatro categorias de alterações clínicas como: comprometimento da função, conforto, auto-imagem e interação social. A população pesquisada era de idosos com necessidades de atenção à saúde bucal. A função e o conforto eram as categorias mais comprometidas na expectativa dos pacientes. A maioria das pessoas (87%) era beneficiada com o tratamento odontológico. Os benefícios maiores se relacionaram com a melhoria da auto-imagem (96%) e a interação social (88,5%). Mesmo com a melhora da função e do conforto, após o tratamento, os pacientes não deixaram de se queixar. Concluiu-se que as pesquisas devem sempre ser realizadas no sentido de avaliar a saúde bucal da população idosa, relacionada ao processo contínuo de envelhecer.

Alguns fatores são determinantes da satisfação do paciente, em relação às suas próteses como a qualidade funcional, a estética, experiências anteriores com outros tipos de aparelhos e o bem-estar psicossocial. A confecção de novas próteses com cuidados voltados para a retenção, estabilidade, fonética, conforto e saúde dos tecidos de suporte costuma ser suficiente para devolver satisfação ao paciente TAMAKI & TAMAKI (1992), citado por OLIVEIRA (2001).

SLADE & SPENCER (1994) realizaram um estudo com 1217 pessoas, com 60 anos e mais, não-institucionalizados na Austrália, com o objetivo de identificar possíveis problemas sociais associados às doenças bucais. Foram realizadas entrevistas e um questionário auto-aplicável. A entrevista continha 72 perguntas sobre características sócio-demográficas, condições de saúde geral, uso de serviços odontológicos, práticas preventivas de saúde bucal, e condição bucal. O questionário auto-aplicável tinha 49 questões com o objetivo de medir disfunções, desconforto e incapacidade bucal dessas pessoas. Os resultados mostraram que 10% das pessoas edêntulas apresentavam dificuldades para mastigar e desconforto durante a alimentação. As pessoas edêntulas do sexo masculino tiveram maior frequência de problemas na alimentação e na mastigação, comparando com o sexo feminino. Os autores concluíram que existia alta frequência de problemas sociais, refletindo os altos níveis de experiência das doenças, incluindo altas proporções de dentes perdidos e de edentulismo entre os idosos. Observaram ainda que as pessoas que não haviam procurado os serviços odontológicos nos últimos 12 meses, eram as que apresentavam os maiores índices de problemas sociais, mostrando, assim, o valor desses serviços no bem estar das pessoas.

Segundo FANTASIA (1997) as condições psicológicas, fisiológicas e sócio-econômicas podem influir no resultado do tratamento das alterações bucais e sistêmicas do paciente. Todavia, as patologias quase sempre são tratadas sem que seja considerado o aspecto geriátrico. É necessário, portanto, realizar um atendimento multiprofissional, visando ao bem-estar geral dessa população. Estomatite Protética e Queilite Angular foram consideradas as duas formas mais comuns de candidíase nestes pacientes.

WOLF (1998) relata que a perda dos dentes é fator desencadeante de sentimentos de desamparo e diminuição da auto-estima e, na procura do profissional para a confecção de próteses, o paciente procura também refazer sua imagem pessoal e social. Além das experiências de cunho psíquico, as experiências culturais mais especificamente fazem com que a boca, os dentes, o sorriso e a mordida adquiram lugar de auto-referência e critério de aceitação social. A inibição do sorriso tem conseqüências, pois há diminuição da auto-estima, prejudicando o convívio social.

MONTENEGRO (1998) refere-se à propensão dos pacientes idosos em apresentar quadros depressivos, devido à perda dos dentes.

SEGER (1998), citado por FAJARDO e col. (2002), concluiu que a perda dos dentes faz com que alguns pacientes reajam de maneira inconformista, enquanto outros aceitam como algo próprio da idade onde os dentes são esfoliados naturalmente.

A perda total dos dentes desequilibra as condições de saúde física e emocional, fazendo com que o indivíduo se isole do convívio social. A reabilitação por próteses totais convencionais, desses edentados totais, é o meio mais utilizado na recuperação das funções do sistema estomatognático, sendo que estas devolvem aos pacientes a socialização e a vontade de viver. A pessoa motivada em seus aspectos biológicos, sociais e psíquicos busca os nutrientes necessários à manutenção de suas energias (SHEIHAM, 1999).

Em um estudo feito por DAVIS & FISK (2000), citado em FAJARDO e col.(2002), tendo como amostra 100 indivíduos edêntulos, 45% das pessoas sentiram dificuldades relacionadas à perda dos dentes, o que ilustra a estimativa elevada do impacto nesse momento da vida.

BRUNETTI et al. (2002) afirmam que a prótese dentária ultrapassa a simples condição de reposição de dentes já que é integradora familiar; integradora social; mantenedora da saúde geral e de elevação da expectativa de vida; e tem a capacidade de permitir o resgate da cidadania do idoso que, bem situado na família e na sociedade, é um ser integral, capaz de desfrutar das novas posições que irá obter.

GIDDON et al. (1980); MOLTZER et al. (1996); AWAD & FEINE (1998); QUELUZ & DOMITTI (2000), citados por FAJARDO e col. (2002), demonstraram em estudos, que a satisfação do paciente com sua prótese relacionava-se a diversos fatores como habilidade para mastigar, falar, conforto, retenção, estética. Aqueles mais preocupados com a funcionalidade tinham maior satisfação com sua prótese total.

FAJARDO e col. realizaram um estudo em Araçatuba, São Paulo, entre 1999 e 2000, com idosos que tinham uma média idade de 63 anos. Foram entrevistados 101 pacientes edêntulos através de questionário, com o propósito de analisar as condições bucais e a qualidade de vida de uma população. Os entrevistados responderam ainda a questões sobre a importância dada à perda dos dentes, satisfação em relação à função e estética de próteses totais e dificuldades encontradas no uso da prótese. Os autores concluíram que a função foi fator predominante no interesse dos pacientes pela reabilitação com prótese total, e o acompanhamento pós-instalação foi vital para o conforto e satisfação dessas pessoas. Quem tinha atitude negativa frente à perda dos dentes, apresentava maior dificuldade para adaptar-se à reabilitação com próteses totais.

#### **2.4.2- Qualidade funcional**

Alguns estudiosos como JAMIESON (1958); O'NEILL (1960); TURNER (1966); STERN (1966); EXTON-SMITH (1968), concluíram que a perda de dentes influencia na função mastigatória e a reabilitação por prótese pode melhorá-la não alterando, no entanto, a dieta nutricional. A baixa eficiência mastigatória implica em dieta que não preenche as exigências biológicas dos indivíduos, por evitar alimentos difíceis de mastigar e por não adicionar substitutos adequados em conteúdo nutricional. Assim, o uso da prótese total pode comprometer o estado nutricional de pacientes idosos. Os cirurgiões dentistas necessitam orientar, cuidadosamente, seus pacientes idosos da importância em manter a dentição natural, bem como fornecerem informações adequadas sobre as adaptações nutricionais para os portadores de prótese total (ETTINGER, 1973).

BERGMAN & CARLSSON (1985) relatam que existe uma discrepância entre a satisfação dos pacientes com as próteses totais e a análise clínica quanto à função das mesmas. Os exames clínicos têm detectado injúria dos tecidos associada ao uso de próteses insatisfatórias. Estas próteses desenvolvem reações inflamatórias crônicas, variando em grau e extensão e, por serem indolores, o paciente afirma não ter problemas com a saúde bucal.

Percebe-se ainda que a avaliação dos pacientes quanto à sua habilidade mastigatória contrasta com sua capacidade em mastigar certos tipos de alimentos. Os pacientes evitam alguns tipos de alimento por serem muito difíceis de mastigar. A qualidade da prótese está diretamente relacionada com as funções do sistema estomatognático. Retornos periódicos dos pacientes são necessários para o controle e manutenção das próteses em uso, bem como para a saúde geral do paciente.

Em 1988, foi realizado um estudo por VERVOORN et al. testando a confiabilidade e validade de um questionário de reclamações, medindo diferentes aspectos da satisfação com a prótese. A amostra foi dividida em dois grupos de pacientes com próteses completas. O grupo I consistia de 113 pessoas que estavam na lista de espera para receberem novas próteses, e o grupo II de 102 pessoas usando suas próteses por um período de 2 a 5 anos. Foram construídas cinco escalas para avaliar as queixas dos pacientes com relação às suas próteses em uso. As relações entre as queixas que formaram as escalas foram evidentes e altamente confiáveis. As habilidades discriminatórias entre grupos diferentes de pacientes foram investigadas e correlacionadas com outras variáveis estudadas para a validação.

Este estudo mostrou que a aplicação de questionário, utilizando escalas de queixas, torna-se um instrumento valioso para avaliar diferentes aspectos da satisfação com próteses.

QUELUZ e col. (2000) comentam que sem dentes e sem próteses há um colapso de tônus e posicionamento da língua, bochecha, lábios e músculos da mastigação, já que os dentes não terão seu papel no conjunto, dando um aspecto extremamente disforme à face dos idosos.

Segundo SCHLOSSER & GEHL, citados em TAMAKI (1988) um dos requisitos para que a prótese total seja considerada um aparelho útil e realmente desempenhe suas funções na boca, é o requisito mastigatório. A eficiência mastigatória está correlacionada diretamente com a retenção e a estabilidade do aparelho.

Segundo TAMAKI (1988), retenção é a propriedade que tem uma prótese total de resistir às forças de deslocamento, após sua instalação na boca. Tais forças se dão, no sentido gengivo-oclusal. (BOUCHER, 1975; TURANO,1998) acrescentam que é o meio pelo qual a prótese se mantém na boca, resistindo à força da gravidade, à adesividade dos alimentos e às forças envolvidas na boca.

A retenção depende de vários fatores como a precisão da técnica de moldagem; a forma e o tamanho do rebordo alveolar; a consistência da fibromucosa de revestimento; a tonicidade das inserções musculares e dos tecidos adjacentes à área chapeável.

O autor cita ainda, os aspectos de delimitação correta da área chapeável e moldagem adequada, como os requisitos de conforto, para proporcionar o máximo de retenção do aparelho protético com o mínimo de traumatismo (TAMAKI,1988).

ALDROVANDI (1960), citado por CERVEIRA NETTO (1994), diz que a retenção está na dependência de fatores como adesão, área de suporte e pressão atmosférica. Os chamados fatores físicos, ou meios físicos de retenção seriam o resultado de manobras em que os tecidos de suporte da área basal e a base da prótese estariam em contato, quase como se formassem um corpo único. Assim, adaptação gera retenção, e equilíbrio oclusal teria como resultado a estabilidade.

A estabilidade é a propriedade que uma prótese total adquire de opor-se às forças horizontais que atuam durante a mastigação, a fim de não deslocá-la da sua posição. (BOUCHER,1975; TURANO,1998) dizem que a estabilidade se refere especialmente à resistência a movimentos e forças horizontais que tendem a alterar a relação entre a base protética e seu apoio de suporte em direção horizontal ou rotatória.

A estabilidade da dentadura depende diretamente da oclusão, da articulação e do balanceio dos dentes artificiais. O balanceio da articulação é feito para auxiliar a estabilização do aparelho protético e, conseqüentemente, conseguir maior eficiência funcional. A eficiência mastigatória de uma prótese total, quando corretamente confeccionada, é de 20% em relação à eficiência do arco dental natural (TAMAKI, 1988).

MORIGUCHI (1992), constatou que as perdas dentais após os 60 anos afetam a mastigação, a digestão, gustação, fonação e estética.

JORGE e col. (2003) referem-se que para manter a estabilidade das próteses, é necessário o equilíbrio oclusal, e para isso a forma anatômica dos dentes posteriores em harmonia é fundamental. Preconiza, com indicação própria, a oclusão lingualizada, introduzida por GYSI em 1927. A oclusão lingualizada fornece aos pacientes maior conforto, melhor estética e facilita a mastigação. Utiliza as cúspides palatinas superiores como elementos funcionais dominantes, ocluindo na fossa central dos dentes inferiores.

Segundo DE HERNANDES citado por TURANO (1998), a força mastigatória que um paciente edentado pode exercer através de próteses totais para triturar alimentos, medidos com dinamômetro, é de aproximadamente 15 a 20 libras/pol.<sup>2</sup>

TAMAKI (1988) ressalta a dificuldade de estabilização e retenção da prótese total inferior, em rebordos reabsorvidos, devido à influência muscular. Na parte vestibular, o freio labial, o músculo mentoniano, músculo bucinador, o ligamento pterigomandibular e o

músculo temporal interferem na estabilidade da prótese inferior. Na parte lingual, os músculos que interferem na estabilidade da prótese inferior são: o freio da língua, o músculo genioglosso, o músculo miloióideo e o músculo constritor da faringe.

FELTRIN et al. (1988), citado por OLIVEIRA (1999) fizeram um estudo em 100 pacientes edentados totais portadores de prótese total uni ou bimaxilar e correlacionaram as condições das próteses totais com as lesões detectadas na mucosa desses pacientes. Observaram que as próteses totais em uso apresentaram-se insatisfatórias quanto à oclusão, retenção, estabilidade, higiene e qualidade da superfície, sendo responsáveis pelas reações inflamatórias da mucosa. Ainda, enfatizaram a necessidade de o profissional acompanhar e orientar melhor os pacientes, quanto aos cuidados frente ao uso de próteses totais mucosuportadas.

MOJON & MAC ENTEE (1992) estudaram uma população idosa edêntula para avaliar a discrepância entre necessidade do tratamento protético e as queixas existentes. Indicaram que apenas um terço dos pacientes idosos queixam-se de seus problemas na cavidade oral. Avaliaram os fatores de retenção, estabilidade, desgaste oclusal e integridade da prótese como: fraturas, perda de dentes e porosidade na superfície. Nenhuma associação significativa foi observada entre a necessidade de tratamento e as queixas existentes. Perceberam que muitos indivíduos pareciam estar resignados com seu desconforto, ou tinham uma expectativa não-real de suas próteses. Perceberam, também, que os pacientes de melhor nível cultural eram mais conscientes de seus problemas de saúde oral.

NEVALAINEN et al. (1997) realizaram um estudo para avaliar a necessidade de tratamento protético, tempo de uso das próteses e fatores como retenção, estabilidade, dimensão vertical, oclusão e articulação, em pacientes portadores de próteses totais em ambos os maxilares. Cinco grupos foram estabelecidos de acordo com o tempo de uso das próteses: 0 a 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 20 anos; 21 a 30 anos; 30 anos ou mais. Para avaliar a estabilidade, a retenção e a dimensão vertical foram usadas as categorias boa, satisfatória e pobre. Concluíram então, que a participação do paciente é de muita importância na avaliação do tratamento protético, reforçando que os portadores de prótese total, necessitam de acompanhamento constante para a manutenção das próteses, da saúde bucal e preservação dos tecidos de suporte.

Alguns fatores, como o processo contínuo de reabsorção óssea, podem, eventualmente, comprometer a área de suporte da prótese, refletindo na sua retenção e, conseqüentemente, na sua estabilidade. Esse processo de reabsorção parece estar relacionado ao uso de próteses



consideradas insatisfatórias. Uma adaptação insatisfatória causa desconforto, dor, reações inflamatórias e problemas funcionais básicos. Com o aumento da expectativa de vida, estes fatores cumulativos tornam-se cada vez mais evidentes. Assim, pode-se afirmar que a qualidade das próteses é imprescindível para a manutenção da função mastigatória TAMAKI & TAMAKI (1992) citado por OLIVEIRA (2001); BURNS, (2000).

XIE et al. (1997) avaliaram alguns fatores que poderiam estar relacionados com a reabsorção do rebordo residual em um grupo de 177 pacientes totalmente desdentados. Investigaram as causas da perda dentária, o uso anterior de outros tipos de próteses, as condições das próteses atuais como: idade, estabilidade, retenção, oclusão, articulação e DVO, lesões nos tecidos moles de suporte, tipo de antagonista e higiene oral. Os resultados mostraram que o período de desdentado, maior no sexo feminino, foi em média de 21 a 30 anos nos dois maxilares. Os pacientes afirmaram estar satisfeitos com suas próteses e dois terços não as removiam, não estando conscientes das condições insatisfatórias. A lesão mais observada na mucosa foi a reação inflamatória, com maior frequência no arco superior.

BERGMAN et al. (1971) fizeram um estudo clínico no período de um ano para avaliar o efeito do uso contínuo das próteses totais nos tecidos subjacentes. Após a instalação de novas próteses totais bimaxilares, 30 pacientes foram orientados para tirá-las à noite, e 30 usá-las dia e noite. Após um ano retornaram 54 pacientes para serem reexaminados pelos mesmos profissionais e avaliadas a oclusão, a articulação, estabilidade, mucosa oral e resiliência do processo alveolar. Concluíram que não houve diferenças significativas, na frequência da EP (estomatite protética) entre os dois grupos, e nenhuma alteração morfológica ou postural foi observada, com o uso contínuo das próteses totais. Ainda ressaltaram que os fatores de oclusão, articulação e adaptação da prótese, avaliados isoladamente, não apresentaram nenhuma correlação com a mucosa. A combinação dos fatores influenciaram significativamente na ocorrência da EP.

MAC ENTEE et al. (1998) avaliaram sexo, idade, próteses e alterações da mucosa oral numa amostra de 255 idosos com mais de 70 anos. Dos pacientes da amostra selecionada, 50% usavam prótese total uni ou bimaxilar. No exame protético, foram avaliados os fatores traumáticos como: perda de retenção, estabilidade, desgaste dental, integridade da prótese, bem como a sua higienização. A estomatite protética foi a alteração que mais acometeu a mucosa oral. Concluíram que os fatores idade do paciente e qualidade da prótese isolados não predispueram às alterações da mucosa oral, sendo o risco aumentado quando se associam vários fatores.

HARVEY & BRADA (1993) classificando os pacientes, de acordo com as condições psicológicas, observaram resultados satisfatórios no controle após a inserção das próteses totais. Chamam a atenção para a necessidade da elaboração de um programa de "educação do paciente", fazendo um acompanhamento mais efetivo, durante e após o tratamento com prótese total. E mais: enfatizaram que os tecidos orais são mais saudáveis quando o uso das próteses totais é interrompido, pelo menos num período de 8 horas por dia.

ZWETCHKENBAUM & SHAY (1997) relatam que, com o aumento da expectativa de vida, os tratamentos odontológicos especializados se fazem necessários, por se tratar de uma população com mais idade. Para os pacientes portadores de prótese total, um acompanhamento cuidadoso deve ser realizado, uma vez que se trata de um sistema mastigatório alterado, cuja preservação é primordial. As próteses totais, depois de muito tempo, têm resultado em perdas do osso alveolar, em função da retenção e da estabilidade insatisfatórias. Estes fatores resultam em uma oclusão desbalanceada, contribuindo para a deterioração dos tecidos duros e moles que estão relacionados às próteses.

A satisfação inicial dos pacientes com suas próteses totais diminui com o tempo de uso. Esta situação deve-se à qualidade da prótese, a alterações da área de suporte, experiências anteriores com outras próteses, personalidade do paciente, condições psicológicas e à interação do paciente com o profissional. As alterações da área de suporte podem estar relacionadas a fatores locais e sistêmicos do paciente. Funções protéticas como dimensão vertical, conforto, estabilidade e retenção se alteram, tornando os tecidos moles de suporte mais vulneráveis à ação das próteses, em virtude da distribuição desfavorável das forças oclusais (BOERRIGTER et al., 1995), citado por OLIVEIRA (2001).

KNAPP (1989) refere-se a vários fatores que influenciam o estado nutricional de pacientes. Principalmente nos idosos, as características da mucosa oral, a função muscular, a saliva, a perda de dentes e a reabsorção do osso alveolar são fatores que estão associados ao processo de envelhecimento, ao estado nutricional e às condições de saúde. O indivíduo idoso, portador de prótese total, requer mais tempo para mastigar os alimentos e preparar o bolo alimentar. Passa então a selecionar alimentos macios que facilitem a ingestão. Esses alimentos, quando são pobres em nutrientes, podem comprometer a saúde geral e bucal criando um círculo vicioso, uma vez que o envelhecimento, por si, altera as condições da cavidade bucal.

GEERING et al. (1993) chamam a atenção para um acompanhamento clínico feito após seis meses da instalação das próteses e possíveis retornos anuais do paciente.

A finalidade do estudo foi avaliar a adaptação, a oclusão, articulação e o desempenho funcional. Os autores salientam que o tecido mucoso tem papel essencial na adaptação e retenção das próteses e sua saúde depende de dieta rica em proteínas e vitaminas. Uma dieta desbalanceada associada ao uso de próteses velhas são deletérios em relação a esses tecidos.

A habilidade mastigatória em pessoas idosas é afetada pela condição bucal como o número de dentes, oclusão e a presença de dentaduras completas. Com isso elas procuram mastigar alimentos de menor consistência, não repondo de certa forma os nutrientes necessários à composição energética e funcional do organismo. A forma pela qual os alimentos são selecionados apresenta uma interação com os fatores sociais, demográficos, econômicos, culturais, sensoriais e condições bucais. Uma avaliação do impacto de saúde oral na habilidade mastigatória de pessoas idosas para mastigar certos tipos de alimentos fez parte da Pesquisa Nacional sobre Dieta e Nutrição Inglesa, que incluía grupos de pessoas com 65 anos ou mais, institucionalizadas e também da comunidade. Foi observado que os pacientes idosos da comunidade com presença de poucos dentes na boca tiveram dificuldades de mastigar alimentos como nozes, maçã e cenoura crua. Os idosos institucionalizados não puderam sequer mastigá-los. Nesta pesquisa, os dados coletados permitiram concluir que a seleção de alimentos e a habilidade mastigatória são afetadas pelo número de dentes e pela presença significativa de próteses totais em pessoas idosas (SHEIHAM et al., 1999).

LANG (1994) fez uma revisão sobre a terapia tradicional por prótese total, alertando para a necessidade de sempre melhorar os conhecimentos técnico-científicos para a realização dos trabalhos nesta área, uma vez que perdurará no futuro, o aumento da expectativa de vida da população. Chama a atenção para a realização de um exame clínico criterioso, e elaboração de um plano de tratamento que satisfaça as necessidades do paciente. Ainda recomenda não usar as próteses totais por um período maior do que 6 a 9 anos, em função do desgaste da superfície oclusal dos dentes, deixando de obter o máximo de contato dental. Estas alterações funcionais acelerariam o processo de reabsorção do rebordo residual, aumentando o espaço inter-oclusal e a diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO).

PAUNOVICH (1994) realizou em estudo com 51 pacientes de um hospital de veteranos em San Antônio, no Texas, EUA. A média de idade dos participantes foi de 74 anos, sendo que 47% eram edentados. Os pacientes foram examinados em suas casas por um médico e um dentista. A avaliação pelo dentista incluía dentre outros procedimentos, exames das condições dentais, avaliação de próteses existentes, índice de placas. Nos resultados obtidos, o tempo da última visita ao dentista foi de 6 anos, somente 63% dos edentados

tinham próteses e o tempo de uso das próteses totais foi de 22,5 anos. Dos que usavam próteses, 80% relataram problemas como próteses soltas ou sem adaptação, fraturas e desconforto para comer.

OLIVEIRA (2000) em pesquisa com usuários de próteses totais bimaxilares, relata que as próteses muco-suportadas são consideradas facilitadoras em potencial da estomatite protética (EP), caracterizada por aspectos eritematosos difusos ou pontilhados na mucosa de suporte. A etiologia é controversa, podendo estar relacionada principalmente a fatores locais. Diversos aspectos funcionais podem se associar a fatores locais, como retenção e estabilidade, embora como ficou constatado, um único fator protético não tenha demonstrado ser responsável pela presença da EP, podendo contudo ser um facilitador para o seu desenvolvimento

FREITAS e col. (2001), em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, pesquisaram o grau de satisfação de 64 pacientes desdentados em relação às suas próteses totais maxilares e mandibulares. O estudo, realizado através de um questionário, continha 9 questões que incluíam também a aparência, estabilidade, retenção, mastigação, fonética, conforto e comentários de outras pessoas sobre a prótese total. O tempo de uso das próteses foi de no máximo 2 anos. Quanto à satisfação com a prótese, 53,1% disseram estar satisfeitos em todos os aspectos, 82% estavam muito satisfeitos com a aparência, 59,4% com a mastigação, 70,3% com a fonação, 79,7% com a estabilidade e a retenção da prótese maxilar, 76,6% com a conforto da prótese maxilar e 50% com o conforto da prótese mandibular. Após dois anos, as queixas mais freqüentes foram em relação à retenção da dentadura mandibular e à estética da dentadura maxilar.

BRAGA e col. (2002) realizaram uma pesquisa com o objetivo de caracterizar a situação dos idosos usuários de próteses totais, quanto às condições das próteses e satisfação com o seu uso. Participaram do estudo 103 indivíduos com mais de 60 anos, freqüentadores de um Centro de Reabilitação do SUS na cidade de Araraquara, São Paulo. Foram feitas entrevistas e aplicação de um questionário e também um exame clínico bucal. Nos resultados obtidos, 32% dos idosos não iam ao dentista havia mais de 20 anos. Em 52% dos casos, os pacientes estavam insatisfeitos com seus aparelhos, sendo que o principal motivo foi a falta de funcionalidade, principalmente a retenção e estabilidade. Estudos similares realizados por CARLSSON et al. (1967); FREITAS et al. (1997); SMITH et al. (1988) demonstraram que os fatores funcionais suplantam o fator aparência estética. Embora a aparência estética tenha

relevância social, outros fatores que causam desajustes funcionais são priorizados pelo próprio desconforto que causam.

PEREIRA e col. (2003) entrevistaram 221 pacientes portadores de próteses totais em Bauru, São Paulo, ao longo do ano 2000 com o objetivo de analisar e comparar as informações obtidas em fichas clínicas previamente elaboradas. Foram analisadas questões sobre o número de próteses já feitas pelos pacientes, a frequência com a qual trocavam suas próteses e o motivo ou motivos pelos quais as próteses foram trocadas. Nos resultados obtidos, problemas de retenção/mastigação e fratura foram os motivos determinantes da troca das próteses. A estética veio em 3º lugar. O tempo de uso das próteses foi de mais de 20 anos, sendo que a maioria dos entrevistados relatou não ter sido orientado para substituiu suas próteses ao longo do tempo de uso.

## **2.5- Comparação entre Condição Clínica e Autopercepção**

Vários estudos estão deixando de medir a saúde bucal apenas por instrumentos quantitativos, para incorporar também instrumentos qualitativos. Nessas pesquisas, comparam-se dados obtidos pelo profissional através do exame clínico, com a autopercepção do paciente sobre sua condição bucal. Avalia-se assim a concordância entre os dois métodos de exame e os fatores que podem influenciar o paciente na sua avaliação (CARNEIRO, 2001).

GIDDON e col. (1976), citados por (SILVA, 1999), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar e melhorar um método criado pelos autores para quantificar a relação entre a doença bucal percebida e a determinada clinicamente. Os dados clínicos e da auto-avaliação, foram obtidos em uma amostra de 588 pessoas, com idade de 17-70 anos, em Salisbury e Darlington, na Inglaterra. Os autores concluíram que o sexo masculino apresentou maior percepção das necessidades de tratamento do que o sexo feminino, apesar de vários estudos mostrarem que o sexo feminino usa mais os serviços de saúde do que o sexo masculino. Outra conclusão importante é que novas análises seriam necessárias para relacionar com mais precisão a avaliação subjetiva aos dados obtidos através dos exames clínicos.

SMITH & SHEIHAM (1980) realizaram um estudo para avaliar clinicamente as necessidades de tratamento dentário em idosos, comparando demanda por atendimento com a percepção de seus problemas bucais. A amostra constituiu-se de 254 pessoas, com 65 anos e mais de idade, residentes em Nottingham, Inglaterra.

Foi realizada uma entrevista, seguida de exame clínico e as necessidades consideradas foram as de ordem protética, restauradora e periodontal. Os resultados mostraram que 78% dos examinados necessitavam de tratamento dentário, principalmente protético. Havia contudo, uma grande discrepância entre necessidade normativa e necessidade percebida nessa população de idosos. Nos resultados obtidos, das pessoas que necessitavam de tratamento, apenas 42% tinham consciência dessa necessidade e somente 19% estavam tentando obter tratamento. Os idosos mencionaram algumas dificuldades para a realização do tratamento como o custo, o medo de dentista, a dificuldade de locomoção e a sensação de que estariam incomodando o dentista. Os autores concluíram que a baixa demanda pelos serviços indicam que outros fatores, como os de saúde e os sociais, devem ser levados em consideração na avaliação das necessidades de tratamento em idosos.

GORDON e col. (1988) relacionaram a auto-imagem da pessoa com sua aparência dentária e condição bucal. O estudo foi realizado através de exame clínico e entrevista, numa amostra de 168 homens de 19-92 anos de idade, sendo que 48,8% tinham 60 anos e mais, em 5 cidades dos EUA.

Os resultados indicaram que as pessoas com auto-imagem mais positiva avaliavam sua condição bucal melhor. Também mostraram que as pessoas que usavam próteses totais se sentiam melhor em relação à sua aparência bucal do que aquelas que ainda conservavam seus dentes. Na amostra estudada, a aparência dentária foi considerada menos importante do que a função ou o desconforto, uma pior auto-imagem não foi associada a maiores problemas com estética dentária e as pessoas que se sentiam melhores consigo mesmas avaliavam sua condição bucal como melhor.

MATTHIAS e col. (1993) compararam a auto-avaliação da aparência bucal com a avaliação feita pelo dentista em pessoas com 65 anos e mais de idade. Foram examinadas e entrevistadas por telefone, 550 pessoas de Los Angeles, EUA. A entrevista continha questões sobre saúde geral, física, mental e bucal, comportamentos relacionados com saúde e dados sócio-econômicos. No exame clínico, o profissional avaliava a aparência bucal com a mesma escala usada pelos pacientes, mas levando em consideração o número total de dentes e a quantidade de dentes anteriores presentes. Os resultados mostraram que 40% dos pacientes avaliaram sua aparência melhor que o dentista, e 22% pior. No caso dos pacientes, uma auto-avaliação positiva foi associada às pessoas de cor branca e a uma atitude mental positiva. Uma avaliação positiva pelo dentista estava associada aos pacientes mais jovens, casados, que apresentavam maior renda e tinham melhores relações sociais com as outras pessoas.

Os autores concluíram que diferentes fatores influenciam na avaliação da aparência bucal pelo dentista e pelo paciente. As discrepâncias encontradas dificultam o planejamento de tratamentos odontológicos em idosos, afetando também sua utilização e satisfação.

MATTHIAS e col.(1995) realizaram um estudo com o objetivo de determinar a relação entre a auto-avaliação da saúde bucal e uma série de medidas clínicas, sociais, de saúde física e mental em população urbana idosa. A pesquisa foi realizada com 550 pessoas, com 65 anos e mais, em Los Angeles, através de exame clínico e entrevista telefônica. Os resultados mostraram que os maiores preditores da auto-avaliação foram: a aparência e a preocupação com os dentes, seguido do total de dentes perdidos, nível de escolaridade e escores depressivos. Os resultados também mostraram que a auto-avaliação da saúde geral estava associada com a auto-avaliação da saúde bucal, sendo que auto-avaliação de saúde bucal pode ser, em idosos, uma medida mais de saúde do que de morbidade.

JOKOVIC & LOCKER (1997) avaliaram a insatisfação com a saúde bucal em população idosa e os fatores associados a esta insatisfação. Os dados foram obtidos através de exame clínico e entrevista, com 907 pessoas, com 50 anos a 87 anos, em Ontário, no Canadá. Os resultados mostraram que 14,3% das pessoas estavam insatisfeitas com sua mastigação, 21,6% insatisfeitas com a aparência de seus dentes e 5,6% insatisfeitas por não conseguir falar claramente. As pessoas desdentadas estavam mais insatisfeitas do que as que possuíam dentes. Os autores concluíram que as variáveis sociais, clínicas e psicológicas estavam associadas à sensação de insatisfação sentida pelas pessoas, sendo que as variáveis psicológicas foram as que apresentaram a maior associação.

### **3- OBJETIVOS**

#### **3.1 – Objetivo geral**

O presente estudo propõe-se a avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal em idosos portadores de próteses totais em Taguatinga, Distrito Federal.

#### **3.2 - Objetivos específicos**

**3.2.1** - Verificar a condição clínica das próteses totais (retenção e estabilidade).

**3.2.2** - Estimar a autopercepção das condições bucais pelo indicador sócio-dental

GOHAI

**3.2.3** - Correlacionar a condição clínica das próteses totais com a auto-avaliação sobre a condição bucal.



## 4-MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 Casuística

Um estudo transversal, em 140 pessoas do sexo feminino e masculino, com faixa etária a partir de 60 anos, foi realizado entre dezembro de 2005 e abril de 2006 em Taguatinga, no Distrito Federal. Esta pesquisa constituiu-se de um exame clínico e um questionário aplicado em forma de entrevista.

A Gerência de Valorização do Idoso da Secretaria de Ação Social do Distrito Federal forneceu as informações sobre os grupos e associações e autorizou a inclusão destes nesta investigação. Existe um total de 57 Grupos e Associações de Idosos cadastrados no Distrito Federal, todos de caráter público. Destes grupos, 04 estão na cidade de Taguatinga encontram-se divididos em 03 grupos e 01 associação.

Estes grupos e associações caracterizam-se por viabilizar a participação plena do idoso na vida em sociedade. Têm como objetivos promover o idoso em sociedade através do exercício da cidadania, oportunizar condições para organização e coordenação de grupos e sensibilizar o envelhecimento saudável. A GVI- Gerência de Valorização de Idoso- conta com o trabalho permanente de equipe multiprofissional nas áreas de Assistência Médica, Social, Enfermagem, Jurídica, Psicologia, Educação Física (GDF, 2004).

Na ocasião da coleta de dados, ficou constatado que o número fornecido para o planejamento da pesquisa não era o mesmo encontrado. Alguns participantes ou associados faziam o cadastro e não mais compareciam às reuniões ou atividades dos grupos.

Na coleta de dados de 394 idosos dos 04 grupos, 210 preenchiam os critérios de seleção para a pesquisa. Destes 210, 140 participaram da pesquisa, representando 66,6% do total.

A perda de 33,4% ocorreu por recusa em participar da pesquisa, falta de condições físicas ou mentais, hospitalização na época da coleta de dados ou falecimento.

Os quatro grupos que participaram da pesquisa foram: Grupo Renovação e das Flores, Grupo União e Paz também denominado Associação dos Idosos de Taguatinga, Grupo Terceira Juventude e Grupo Flor da Idade. O Grupo Mensageiros da Paz não participou da pesquisa, porque entrou em recesso em meados de 2004 e não se reuniu mais. Para a coleta de dados os 04 grupos receberam denominações alfabéticas: Grupo Terceira Juventude Grupo A ; Grupo Renovação e das Flores Grupo B; Grupo Flor da Idade Grupo C ; e Grupo União e Paz Grupo D.

Os endereços dos grupos, local e horário de reuniões, bem como nome dos coordenadores e quantidade de idosos cadastrados podem ser encontrados na "Relação dos Grupos e Associações de Idosos" - GVI ( ANEXO-3).

Os indivíduos receberam instruções a respeito da referida pesquisa, cientes de que seria garantida a sua privacidade e, ao término do exame clínico e do questionário, assinaram o termo de consentimento, viabilizando a sua participação (ANEXO-2). Àqueles que não eram alfabetizados foi oferecida a opção de impressão dactiloscópica.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, processo n.º 090/2005, com base nas resoluções 196/96, do CNS/MS (ANEXO -1).

## **4.2- População do estudo**

### **4.2.1 - Critérios para seleção da amostra**

O estudo constituiu-se de uma amostra de 140 indivíduos entrevistados e examinados e pela pesquisadora obedecendo a critérios definidos tais como: ambos os sexos, com 60 anos ou mais; ser funcionalmente independente (ROSA et al.1993); portador de pelo menos 01 prótese total muco-suportada no momento da avaliação; freqüentador e/ou associado de um dos 04 grupos e associações de idosos da região administrativa de Taguatinga, Distrito Federal.

O presente estudo selecionou a RA III, região administrativa de Taguatinga, pela maior facilidade de abordagem dos idosos e por pertencerem a grupos de pequeno e médio porte.

A população caracteriza-se por ter uma população com padrão de renda médio, de acordo com dados da Codeplan, na elaboração do perfil sócio-econômico do Distrito Federal (SOBRAL, G. et al. 1999).

Segundo SOBRAL (1999) no Distrito Federal, a expectativa de vida dos homens em 2021 será de 73,02 anos, enquanto que as mulheres passarão para 78,53 anos.

Esse grupo de idades superiores a 60 anos apresenta tendência ascendente, ampliando sua participação para cerca de 7% em 2010, e 9,8% em 2021, comprovando, assim, uma significativa melhoria da expectativa de vida.

#### **4.2.2 - Processo de seleção da amostra**

Na seleção da amostra, foi utilizado o método não-aleatório, também chamado de intencional.

Especialistas referem-se a esse tipo de amostra, como amostras de conveniência ou selecionadas, significando que dela fazem parte elementos que foram selecionados por julgamento de valor. Este tipo de amostra é útil para verificar se um problema existe, podendo conferir noção de sua magnitude e importância. É importante para verificar impacto de programas educativos e é também uma maneira de obter informações úteis concernentes à saúde da população (PEREIRA, 2001).

Obedecendo aos critérios de seleção definidos anteriormente para a inclusão na pesquisa, os pacientes foram contatados durante as reuniões semanais ou através de telefonema. Usaram-se para isso "livros de cadastro de associados," com informações pessoais dos idosos que participam desses grupos e associações.

##### **4.2.2.1-Cálculo da amostra**

O cálculo para o tamanho da amostra foi baseado na população de idosos dos 4 grupos e associações de idosos de Taguatinga, pertencentes à GVI- Gerência de Valorização do Idoso, da Secretaria de Ação Social, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, funcionalmente independentes, portadores de pelo menos uma prótese total.

Contabilizou-se um total de 210 idosos com tais características dentre um total de 394. Por não existirem dados estatísticos referentes a estes grupos antes da pesquisa e supondo que os idosos dos grupos e associações possuem uma distribuição de características semelhantes, calculou-se o tamanho da amostra como amostragem aleatória simples (AAS) por proporção.

Para a determinação do tamanho da amostra é necessário a colocação de uma pergunta específica que possa ser respondida pela estimação de um parâmetro populacional.

Como o interesse maior da pesquisa é que os exames clínicos estejam condizentes com a realidade dos entrevistados, definiu-se  $P=0,5$  para a proporção, ou seja, supôs-se primeiramente que a proporção de idosos que possuem clinicamente uma prótese adequada é a metade da população do estudo. O nível de significância utilizado foi de 95% e erro de estimação ( $\alpha =0,05$ ).

Para o cálculo do tamanho da amostra, usou-se a fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{386}{1 + \frac{386}{210}} = 136,01 \cong 136$$

Onde,

$$n_0 = \frac{z_{\alpha}^2 \cdot S^2}{B^2} = \frac{z_{\alpha}^2 \cdot \frac{N}{N-1} \cdot P \cdot Q}{B^2} = \frac{1,96^2 \cdot \left( \frac{210}{209} \cdot \frac{1}{2} \cdot \frac{1}{2} \right)}{0,05^2} = 385,998 \cong 386$$

$n =$  Tamanho da Amostra

$N =$  Tamanho da População

$B = 0,05$      $P = 0,5$      $Q = 1 - P$

$z_{\alpha} = z_{0,05} = 1,96$

Encontrou-se o valor 136 para o tamanho da amostra. Ao todo foram entrevistados 140 indivíduos.

#### 4.2.3- Identificação da amostra

O estudo constituiu-se pelos associados cadastrados nos grupos ou associações de idosos, pertencentes à GVI- Gerência de Valorização do Idoso, na RA III de Taguatinga. Seguindo os critérios estabelecidos anteriormente, os participantes eram contatados no dia das reuniões semanais e também por telefonemas. Alguns não residiam mais no local indicado, outros haviam falecido, outros estavam hospitalizados, e ainda outros não tinham interesse em participar. Houve ainda aqueles que não compareceram às reuniões, ainda que se comprometessem pelo telefone a fazê-lo.

No Distrito Federal, num dos estudos que tentam atender às demandas sobre a dinâmica do comportamento da população das RA's (regiões administrativas), projetou-se a população para o período de 2001-2005.

Um dos fatores considerados na elaboração das projeções demográficas é o declínio da mortalidade nas últimas décadas. A melhoria desse indicador resultou em aumento de vida da população.

Em todo o Distrito Federal a população projetada para o período 2001-2005 seria de 2.277.259 de pessoas. Deste total, no mesmo período, os indivíduos acima de 60 anos e mais seriam de 130.216 pessoas, o que corresponde a 5,7% da população (SEDUH, 2002).

Em Taguatinga, segundo as projeções para o mesmo período, a população acima de 60 anos e mais, seria de 16.917 pessoas, representando cerca de 6,5% da população do Distrito Federal (SEDUH, 2000).

### **4.3- Coleta de dados**

#### **4.3.1- Método**

A investigação foi realizada através de um estudo transversal.

O estudo transversal é identificado por trabalhar ao mesmo tempo a causa e o efeito em um particular momento da vida dos sujeitos pesquisados. As observações e as mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente num certo momento, na época da coleta de dados. Entre as vantagens do estudo transversal, destaca-se o baixo custo, a não-necessidade de segmento das pessoas, a facilidade na obtenção de amostra representativa da população. Considerando-se o fato de que os dados e as características dos sujeitos da pesquisa referem-se a um único momento, ou seja, coletados em um curto espaço de tempo, gera, por consequência, objetividade dos dados (PEREIRA, 2001).

Desta maneira decidiu-se realizar nesta pesquisa um estudo transversal, pelo tempo disponível na aplicação dos questionários como também o custo.

Os participantes das reuniões eram informados individualmente sobre a pesquisa, podendo concordar ou não com a sua participação. Ao concordar, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO-2), sendo em seguida submetidos à entrevista e ao exame clínico (ANEXOS 4, 5 e 6) constantes no Formulário de Pesquisa.

#### **4.3.2- Instrumentos de coleta de dados**

Nesta pesquisa realizou-se concomitantemente uma entrevista, a aplicação de um teste de auto-avaliação das condições bucais e posteriormente um exame clínico constantes do Formulário de Pesquisa. Foi realizado um estudo piloto em dez pacientes idosos para adequar o modelo do questionário e do exame clínico ao entendimento dos entrevistados. Alguns ajustes se fizeram necessários para melhorar o enunciado das questões.

As questões contidas no Formulário de Pesquisa foram agrupadas em partes. A Primeira Parte com os dados sócio-demográficos (identificação do paciente com nome,

endereço, estado civil e escolaridade) e a Segunda Parte com as condições das próteses, foram agrupadas no ANEXO- 4. A Terceira com questões relativas ao teste de autopercepção usando o indicador sócio-dental GOHAI (ANEXO-5). A Quarta Parte com o exame clínico e o exame das próteses dentárias com testes de retenção e estabilidade estática e dinâmica (ANEXO -6).

O exame clínico e o questionário foram realizados pela pesquisadora. O questionário foi aplicado através de entrevista a partir de respostas emitidas pelos pacientes.

#### **4.3.2.1. Entrevista**

Na entrevista, investigou-se a história das próteses em uso, fez-se uma avaliação das próteses em relação à retenção e à estabilidade dinâmica e alguns dados sócio-demográficos.

Nos dados sócio-demográficos constam alguns itens que permitem a identificação do paciente (QUESTÕES 1 a 4 -ANEXO 4).

O questionário continha ainda perguntas sobre a autopercepção em relação às condições bucais, que foi um dos objetivos do estudo. O cálculo da média de tempo necessário para cada exame clínico e questionário foi dez minutos.

No teste de autopercepção com o indicador sócio-dental GOHAI, buscou-se fazer avaliação das condições de saúde bucal com o uso das próteses totais muco-suportadas. No exame clínico foram investigadas as características clínicas do rebordo e da mucosa bucal. Foi feita, ainda, avaliação das próteses, considerando os fatores de retenção e estabilidade estática.

Na história das próteses em uso, foram investigados os seguintes fatores: tempo de desdentado maxilar ou mandibular, número de próteses utilizadas, tempo de uso da última prótese, justificativa para a perda dos dentes e para a procura do tratamento protético, uso diurno/noturno da prótese, higienização da prótese e da boca, tempo de troca das próteses, estado de conservação, uso de alguma medicação, bem como a reação do entrevistado (QUESTÕES 5 a 17-ANEXO 4).

Na avaliação e verificação da condição ou qualidade funcional das próteses foi considerada a retenção e estabilidade dinâmica. Os pacientes eram interrogados sobre mobilidade ou deslocamento da prótese durante as funções do sistema estomatognático, tais como: na mastigação, fala, deglutição, respiração, sorrindo ou mesmo em repouso. Foram consideradas satisfatórias, quando não havia queixa de deslocamento da prótese;

e insatisfatória quando havia o deslocamento ou mobilidade em uma das funções acima citadas. (QUESTÕES 38 a 43- ANEXO 6).

No teste de autopercepção (indicador GOHAI), foram avaliadas as funções físicas (alimentação, fala e deglutição), psicológicas (cuidados com a própria saúde bucal, insatisfação com a aparência, autoconsciência e evitar o contato social), e de dor ou desconforto que essas próteses exercem nos pacientes usuários (QUESTÕES 18 a 29- ANEXO-5).

#### **4.3.2.2- Exame clínico**

Foi examinado o rebordo alveolar desdentado e os tecidos adjacentes, avaliando as condições clínicas da mucosa do palato e da região mandibular, com vistas a alguma alteração, lesão ou proliferação, tais como: úlceras, hiperplasias, estomatites, queilite angular. Um exame visual e tátil com o auxílio da luz do refletor, foi realizado nas próteses totais para verificar o estado de conservação e higienização (QUESTÕES 30 a 37-ANEXO 6).

Para o exame clínico, foram adotados normas e critérios segundo orientação do formulário da OMS (1999).

O exame clínico, palpação e inspeção foi feito com o auxílio de espelhos bucais, pinças clínicas e gaze. Foram examinadas as condições da mucosa bucal, presença de alterações e/ou lesões nos rebordos e fibromucosas de revestimento, as condições das próteses totais em uso, além da retenção e estabilidade estática e dinâmica dessas próteses.

A altura do rebordo alveolar foi avaliada de acordo com TAMAKI (1988) que ensina ser rebordo normal quanto à altura, quando em uma seção transversal do rebordo alveolar este apresenta a forma de um triângulo equilátero; quando a base do triângulo é menor que os lados, considera-se o rebordo alveolar alto; e o rebordo alveolar é baixo ou reabsorvido, quando a base é maior do que os lados do triângulo.

Para a avaliação das inserções musculares, usou-se o método de pressão do dedo indicador preconizado por TAMAKI (1988).

Na avaliação da fibromucosa de revestimento dos rebordos mandibular e maxilar, espessura da bochecha, tamanho da língua, quantidade e viscosidade da saliva, foram também usados os critérios recomendados por TAMAKI (1988).

Na avaliação das próteses, para verificar a condição ou qualidade funcional das mesmas, foram considerados os fatores de retenção e estabilidade estática.

Os testes de retenção e estabilidade realizados, são os testes preconizados por TAMAKI ( 1988).

No teste de estabilidade, com o paciente em posição de repouso, utilizou-se a técnica dos dedos indicadores para comprimir a região dos pré-molares, alternadamente, de um lado e depois do outro, com a finalidade constatar ou não o movimento de bscula.

Para verificar a reteno horizontal, com o dedo indicador na regio palatina dos incisivos, traciona-se a prótese para vestibular, observando se h deslocamento com facilidade na regio do selado posterior. No caso de prótese inferior, apoia-se o dedo indicador na prótese fazendo-se trao pstero-anterior.

Para realizar o teste de reteno vertical, com o paciente em posio de repouso, segura-se com os dedos indicador e polegar a regio dos incisivos, fazendo trao para baixo no caso de prótese superior; ou trao para cima no caso de prótese inferior.

Para efetuar o teste de reteno lateral, tambm com o paciente em repouso, faz-se trao da prótese para o lado vestibular com o dedo indicador colocado  altura dos pr-molares, observando-se o selado perifrico da regio de canino  tuberosidade, do lado contrrio.

Foi considerado como reteno e estabilidade esttica satisfatórias a ausncia de deslocamento e ou movimento de bscula da prótese. Em caso positivo, foi considerado insatisfatória (QUESTÕES 44 a 46 -ANEXO 6).

#### **4.4-Pesquisa de campo**

##### **4.4.1-Local de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2005 e abril de 2006. Dos 394 idosos participantes dos grupos, foram examinados 324, com 60 anos ou mais. Contudo, somente 140 participaram da pesquisa. A idade mxima encontrada foi de 85 anos. Os idosos examinados, de ambos os sexos, so participantes dos 4 (quatro) grupos e associaes de idosos na cidade de Taguatinga, pertencentes  Gerncia de Valorizao do Idoso (GVI ), da Secretaria de Ao Social do Governo do Distrito Federal.



No Grupo A, com um total de 50 associados, foram examinados 36 indivíduos.

No Grupo B, com um total de 35 associados, foram examinados 35 indivíduos.

No Grupo C, com um total de 40 associados, foram examinados 33 indivíduos.

No Grupo D, com um total de 269 associados, foram examinados 220 indivíduos.

#### **4.4.2- Materiais e instrumentais**

No exame clínico foram usados 20 jogos ou kits (espelho plano com cabo e pinça clínica). Após o uso, esse instrumental era colocado em cubas com glutaraldeído a 2%, até chegar ao consultório da pesquisadora para se executarem os procedimentos de esterilização.

O exame clínico foi realizado pela pesquisadora com os equipamentos de proteção individual (EPI) : avental, óculos de proteção, gorro, máscaras e luvas descartáveis. No local do exame clínico, as áreas de trabalho, como bancadas, mesas e refletor eram revestidos com cobertura descartável para os equipamentos (papel filme). Toalhas de papel e sabonete bactericida fizeram parte do material utilizado para anti-sepsia. Para o exame clínico, foram usados um refletor de luz artificial e portátil ( marca Torfa modelo C0-02 com 100 watts de potência na cor branca), uma caneta de iluminação portátil marca "Energizer" e cadeiras confortáveis. Foram utilizadas também gaze para remoção de detritos. Todo o material descartável utilizado era acondicionado em recipientes adequados para o tipo de lixo e descartados no consultório da pesquisadora.

O questionário com as perguntas e o termo de consentimento esclarecidos foram grampeados, numerados adequadamente e colocados em pranchetas para maior facilidade das anotações. Para as anotações usou-se lapiseira, para assinaturas uma caneta esferográfica e para possíveis erros foi usada uma borracha. Para aqueles que não eram alfabetizados, uma almofada de carimbo com tinta dactiloscópica.

#### **4.4.3-Equipe de trabalho**

A equipe de trabalho foi composta por 2 membros, sendo 1 formanda do curso de graduação em Enfermagem e a pesquisadora. A pesquisadora fazia os exames clínicos e a entrevista. A outra componente checava o preenchimento do formulário, conferia as assinaturas e orientava os pacientes.

#### **4.4.3.1-Calibração intra-examinador**

Durante a coleta de dados, pode haver alguma tendência em modificar aplicação dos critérios de diagnóstico. É recomendável, para que se consiga diminuir essa tendência, realizar cerca de 10% dos exames em duplicata, distribuídos no início, meio e final do levantamento (OMS, 1999). Para isso, foram utilizadas questões do exame clínico e das próteses (ANEXO 6). Trinta indivíduos foram reexaminados. A escolha aleatória da repetição foi sorteada ao acaso, sem conhecimento da pesquisadora, pela graduanda em enfermagem.

Foi usado o teste com o índice Kappa, para verificar o nível de concordância intra-examinador. Como mostra o teste Kappa, a concordância foi próxima a 100%, o que é considerado ótimo (ANEXO-7).

Kappa, é o índice de concordância ajustado que considera as concordâncias além da chance, ou seja, desconta as chances que acontecem com o acaso.

O método Kappa permite uma melhor avaliação sobre as coincidências e discrepâncias verificadas no processo de calibração. Varia de -1 (desacordo completo) a +1 (acordo total). O valor 0 (zero) faz leituras a esmo, ou seja, cara ou coroa (PINTO, 2000).

#### **4.4.4-Processamento dos dados**

Os formulários eram conferidos ao final de cada dia de coleta dos dados, e posteriormente digitados. Após cada digitação, os dados eram cuidadosamente conferidos para detecção de possíveis erros de digitação. Criou-se assim um banco de dados, e para isso foi utilizado um software da Microsoft, Excel versão 97. Só depois, passou-se à análise dos dados.

#### **4.4.5- Análise estatística**

A apuração dos resultados do questionário e do exame clínico foi realizada através do pacote estatístico S.P. S.S. (Statistical Package for the Social Sciences), versão 13.

Numa primeira etapa, realizou-se a distribuição de frequência de todas as variáveis do estudo para confecção de tabelas e gráficos e a análise univariada dos dados.

Numa segunda etapa os testes estatísticos determinaram a associação entre as variáveis socio-demográficas, as condições de uso das próteses, a autopercepção da condição bucal (GOHAI) e o exame clínico.

Para verificar as associações entre o indicador sócio-dental GOHAI e o exame clínico foi usado o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fischer.

Foram feitas comparações entre as três dimensões do GOHAI (física/funcional, psicológica/psicossocial e dor/desconforto) pelo teste Qui-quadrado, com algumas associações.

Além dos testes, realizou-se a análise de confiança do indicador GOHAI através do Cronbach's Alpha. Este teste avalia o grau de consistência interna e homogeneidade entre as perguntas.

## 5-RESULTADOS

### 5.1- Análise descritiva dos dados

#### 5.1.1- Características sócio-demográficas

Os resultados referem-se a uma população de 140 pessoas entre 60 e 85 anos de idade examinadas nos Grupos e Associações de Idosos de Taguatinga. Destas, 123 eram mulheres e 17 homens.

Quanto às características sócio-demográficas, observa-se que mais da metade dos idosos têm idade entre 60 e 70 anos (55,7%), enquanto que uma minoria (10,7%) tem idade na faixa de 80 a 85 anos. A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 60 anos e a idade máxima encontrada entre as pessoas foi de 85 anos (Tabela 1).

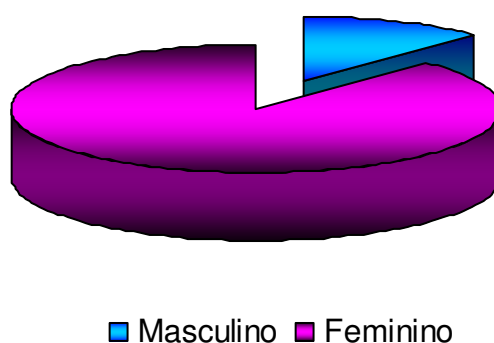
**TABELA 1-Distribuição da amostra por faixa etária**

	Frequência	%
De 60 a 65 anos	40	28,6
De 65 a 70 anos	38	27,1
De 70 a 75 anos	26	18,6
De 75 a 80 anos	21	15,0
De 80 a 85 anos	15	10,7
Total	140	100,0

Observou-se uma maior participação na investigação de pessoas do sexo feminino em 87,9% (Tabela 2 e Gráfico 1).

**TABELA 2- Frequência e porcentagem da amostra de acordo com o sexo**

	Frequência	%
Masculino	17	12,1
Feminino	123	87,9
Total	140	100,0

**GRÁFICO 1- Distribuição da amostra de acordo o sexo**

Quanto ao estado civil dos pacientes, a maioria é casada (37,1%) ou viúva (35%). Nesta faixa de idade, tem-se uma minoria solteira ou divorciada em 10% (Tabela 3).

**TABELA 3- Frequência e porcentagem da amostra de acordo com o estado civil**

	Frequência	%
Solteiro	14	10,0
Casado	52	37,1
Divorciado	14	10,0
Viúvo	49	35,0
Outros	11	7,9
Total	140	100,0

Há uma maior proporção de pessoas com o nível de escolaridade até a 4ª série (65,7%) e apenas (1,4%) dos pacientes têm nível de escolaridade superior (Tabela 4).

**TABELA 4-Freqüência e porcentagem da amostra de acordo com a escolaridade**

	Freqüência	%
Nenhuma	7	5,0
Até à 4ª série	92	65,7
5ª à 8ª série	31	22,1
2º grau incompleto	2	1,4
2º grau completo	6	4,3
Superior	2	1,4
Total	140	100,0

Portanto, de acordo com a análise das variáveis estudadas, é possível concluir que a maioria da amostra estudada tem idade entre 60 e 70 anos, é do sexo feminino, é de raça branca, casada e tem baixa escolaridade.

### 5.1.2- Condições das próteses totais

A grande maioria dos pesquisados (75,7%) utiliza prótese total há mais de 20 anos, sendo que apenas 7,1% faz uso de próteses totais há menos de 10 anos (Tabela 5).

**TABELA 5- Freqüência e porcentagem do tempo que utiliza prótese total**

	Freqüência	%
Até 5 anos	7	5,0
De 5 até 10 anos	3	2,1
De 10 até 20 anos	24	17,1
20 ou mais anos	106	75,7
Total	140	100,0

A maioria dos pesquisados já fez mais de três próteses totais (45,7%), enquanto apenas 20,7% fizeram apenas uma prótese total (Tabela 6).

**TABELA 6- Frequência e porcentagem do número de próteses totais que já fez**

	Frequência	%
Uma	29	20,7
Duas	47	33,6
Três ou mais	64	45,7
Total	140	100,0

A maioria dos pesquisados faz uso da última prótese total de 1 a 5 anos. Cabe ressaltar que um grande número de pacientes (20,7%) faz uso da última prótese total há mais de 20 anos (Tabela 7).

**TABELA 7- Frequência e porcentagem do tempo de uso da última prótese total**

	Frequência	%
De 1 até 5 anos	64	45,7
De 5 até 10 anos	17	12,1
De 10 até 20 anos	30	21,4
20 ou mais anos	29	20,7
Total	140	100,0

A principal justificativa para a ausência dos dentes foi a cárie, uma doença bucal. É importante ressaltar, que em 20,7 % dos idosos, os dentes foram extraídos devido a problemas financeiros. Entretanto, 22,1% disseram que os motivos que os levaram a extraírem os dentes foram outros fatores. O fato de morar em zona rural ou pequenas cidades onde o acesso ao dentista era muito difícil foi um desses fatores (Tabela 8).

**TABELA 8- Frequência e porcentagem da justificativa para a perda dos dentes**

	Frequência	%
(cárie) Doença bucal	55	39,3
Falta de higiene bucal	25	17,9
Problemas financeiros	29	20,7
Outros	31	22,1
Total	140	100,0

A maioria dos pacientes alega ter procurado tratamento devido a problemas funcionais (67,9%) e somente 27,1% por razões estéticas (Tabela 9).

**TABELA 9- Frequência e porcentagem da justificativa para procura de tratamento**

	Frequência	%
Problemas funcionais	95	67,9
Problemas estéticos	38	27,1
Outras	7	5,0
Total	140	100,0



Como preconizado mundialmente, é recomendado higienizar as próteses após cada refeição. A maioria dos pesquisados (57,1%) dizem escovar a prótese mais de três vezes ao dia. Apesar de ser pequena, existe uma porcentagem dos pesquisados (7,9%) que escovam a prótese apenas uma vez ao dia (Tabela 10).

**TABELA 10-Freqüência e porcentagem do número de vezes ao dia que escova a prótese**

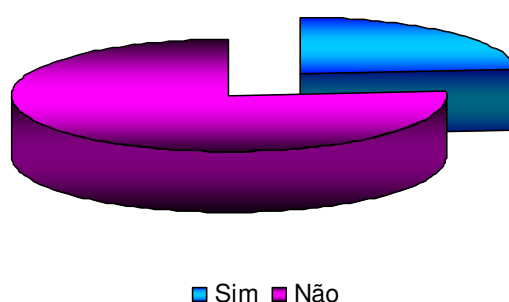
	Freqüência	%
Uma	11	7,9
Duas	49	35,0
Três ou mais	80	57,1
Total	140	100,0

A maioria dos pesquisados não remove a prótese para dormir. É um fato bastante preocupante, e presume-se que tal fato aconteça devido a falta de informação (Tabela 11 e Gráfico 2).

**TABELA 11- Freqüência e porcentagem de remoção da prótese para dormir**

	Freqüência	%
Sim	33	23,6
Não	107	76,4
Total	140	100,0

**GRÁFICO 2- Remoção da prótese para dormir**



Em 52,1% dos pesquisados a prótese não foi quebrada. Entretanto, entre os que quebraram (47,9%) e os que não quebraram a diferença é pequena (Tabela 12).

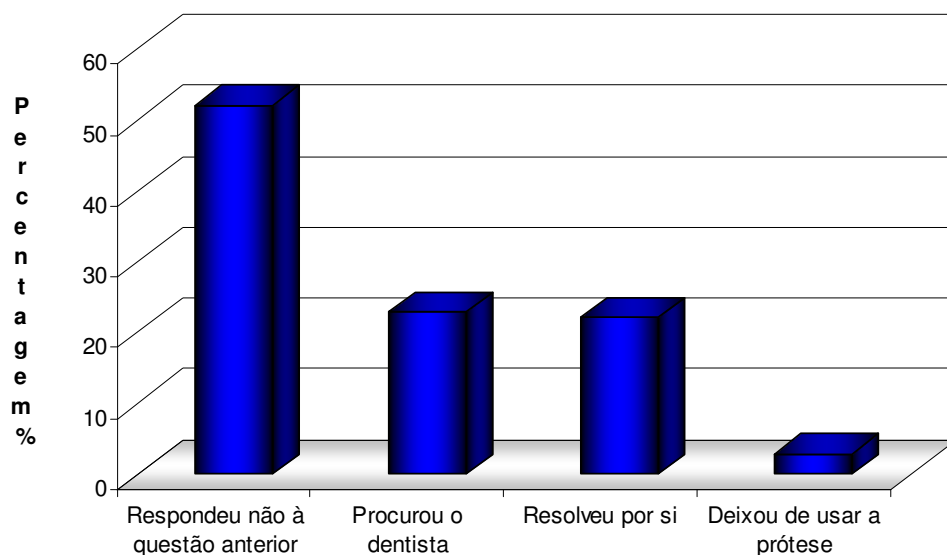
**TABELA 12- Frequência e porcentagem de quebra da prótese**

	Frequência	%
Sim	67	47,9
Não	73	52,1
Total	140	100,0

Dentre aqueles em que a prótese foi quebrada, 22,9% procuraram tratamento. Todavia, uma porcentagem quase equivalente de 22,1% resolveu o problema por si, o que é um fato muito preocupante. Apenas uma minoria de 2,9% deixou de usar a prótese (Tabela 13 e Gráfico 3).

**TABELA 13- Frequência e porcentagem de como resolveu o problema**

	Frequência	%
Respondeu não à questão anterior	73	52,1
Procurou o dentista	32	22,9
Resolveu por si	31	22,1
Deixou de usar a prótese	4	2,9
Total	140	100,0

**GRÁFICO 3- Como resolveu o problema**

O tempo necessário para a troca da prótese, de acordo com 65,7% dos pesquisados deveria ocorrer após mais de 5 anos de uso, enquanto que 19,3% acreditam que deva ser trocada todo ano (Tabela 14).

**TABELA 14- Frequência e porcentagem do tempo que acha necessário para troca da prótese**

	Frequência	%
Todo ano	27	19,3
Mais que 5 anos	92	65,7
Mais que 10 anos	21	15,0
Total	140	100,0

A grande maioria dos pacientes, (86,4%) apresenta algum problema de saúde. Os problemas mais citados foram: aumento de pressão arterial, problemas cardiovasculares e osteoporose. É interessante observar que dentre aqueles que disseram ter algum problema da saúde, somente 77,9% fazem uso de medicamentos (Tabela 15 e 16).

**TABELA 15- Frequência e porcentagem de quem tem algum problema de saúde**

	Frequência	%
Não	19	13,6
Sim	121	86,4
Total	140	100,0

**TABELA 16-Frequência e porcentagem de quem faz uso de medicamentos**

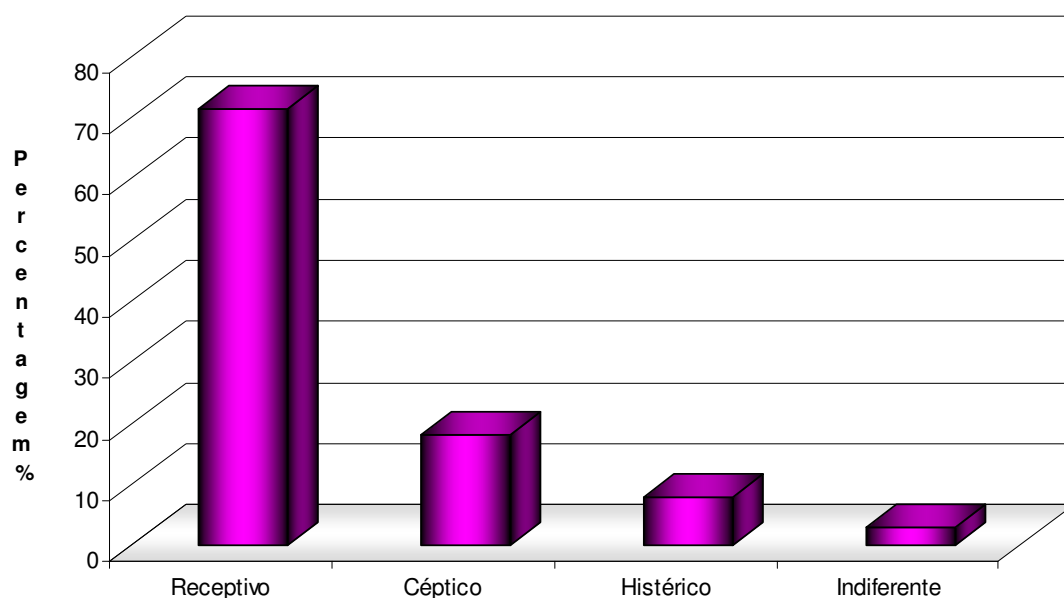
	Frequência	%
Não	31	22,1
Sim	109	77,9
Total	140	100,0

A reação psíquica do pesquisado ao uso da prótese é na maioria das vezes receptiva (71,4%) sendo que 17,9% reagem de maneira céptica. Uma minoria de 2,9% é indiferente (Tabela 17, Gráfico 4).

**TABELA 17-Frequência e porcentagem da reação psíquica do paciente**

	Frequência	%
Receptivo	100	71,4
Céptico	25	17,9
Histérico	11	7,9
Indiferente	4	2,9
Total	140	100,0

**GRAFICO 4-Reação Psíquica do paciente**



### 5.1.3- Autopercepção das condições bucais- GOHAI

Segundo 77,1% dos pesquisados o uso da prótese nunca limita o tipo ou a quantidade de alimentos. Entretanto, 12,9% acreditam que problemas com as próteses sempre limita a alimentação (Tabela 18).

**TABELA 18- Frequência e porcentagem de quem tem limitação na alimentação**

	Frequência	%
Sempre	18	12,9
Às vezes	14	10,0
Nunca	108	77,1
Total	140	100,0

Ainda que na questão acima 77,1% dos pesquisados responderem nunca que limitam o tipo ou a quantidade de alimentos que comem, apenas 55,7% disseram que nunca têm dificuldades em morder ou mastigar alimentos mais sólidos. Somente 20,7% dos pesquisados afirmam ter problemas, às vezes, na mastigação desses tipos de alimentos (Tabela 19).

**TABELA 19- Frequência e porcentagem de quem tem problemas para mastigar**

	Frequência	%
Sempre	33	23,6
Às vezes	29	20,7
Nunca	78	55,7
Total	140	100,0

A grande maioria dos pesquisados (81,4%) sempre engole os alimentos confortavelmente, enquanto apenas 12,1% disseram nunca engolir aos alimentos confortavelmente (Tabela 20).

**TABELA 20- Frequência e porcentagem de quem engole os alimentos confortavelmente**

	Frequência	%
Nunca	17	12,1
Às vezes	9	6,4
Sempre	114	81,4
Total	140	100,0

Para 67,1% dos pesquisados a prótese nunca impede que eles falem da maneira como gostariam. Entretanto, para 24,3% dos pesquisados, às vezes o uso da prótese os impede de falar como gostariam (Tabela 21).

**TABELA 21- Frequência e porcentagem de quem a prótese impede de falar da maneira que gostaria**

	Frequência	%
Sempre	12	8,6
Às vezes	34	24,3
Nunca	94	67,1
Total	140	100,0

Do total dos pesquisados, 58,6% afirmam ser capaz de comer qualquer alimento sem sentir desconforto, enquanto 17,1% dizem nunca poder comer qualquer tipo de alimento sem desconforto (Tabela 22).

**TABELA 22- Frequência e porcentagem de quem come todo tipo de alimento sem sentir desconforto**

	Frequência	%
Nunca	24	17,1
Às vezes	34	24,3
Sempre	82	58,6
Total	140	100,0

Uma grande parte dos pesquisados (79,3%) nunca limita os seus contatos com outras pessoas devido a problemas com as suas próteses. Somente 6,4% limitam esses contatos devido a problemas com as próteses (Tabela 23).

**TABELA 23-Freqüência e porcentagem de quem limita seus contatos devido a problemas com a prótese.**

	Freqüência	%
Sempre	9	6,4
Às vezes	20	14,3
Nunca	111	79,3
Total	140	100,0

Segundo 72,1% dos pesquisados, eles se sentem feliz com o aspecto da sua prótese. No entanto, 13,6% afirmam nunca estar feliz com o aspecto da sua prótese (Tabela 24).

**TABELA 24-Freqüência e porcentagem de quem se sente feliz com o aspecto de sua prótese.**

	Freqüência	%
Nunca	19	13,6
Às vezes	20	14,3
Sempre	101	72,1
Total	140	100,0



Apenas um dos pesquisados (0,7%) fez ou faz uso de medicamentos para aliviar dores ou desconforto por problemas na boca. A grande maioria dos pesquisados (82,9) nunca usa medicamentos para aliviar dores ou desconforto (Tabela 25).

**TABELA 25- Frequência e porcentagem de quem usa ou usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto**

	Frequência	%
Sempre	1	,7
Às vezes	23	16,4
Nunca	116	82,9
Total	140	100,0

A maioria dos pesquisados (70%) afirma nunca precisar tomar cuidados com a prótese, enquanto que 11,4% sempre precisam tomar cuidados com a prótese (Tabela 26).

**TABELA 26- Frequência e porcentagem de quem precisa tomar cuidados com a prótese**

	Frequência	%
Sempre	16	11,4
Às vezes	26	18,6
Nunca	98	70,0
Total	140	100,0

Mais da metade dos pesquisados (66,4%) afirmam nunca terem se sentido nervosos ou tomado consciência de problemas com suas próteses. Apenas 7,9 dos pesquisados afirmaram sentirem-se nervosos ou percebido problemas com a prótese (Tabela 27).

**TABELA 27- Frequência e porcentagem de quem sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com a prótese**

	Frequência	%
Sempre	11	7,9
Às vezes	36	25,7
Nunca	93	66,4
Total	140	100,0

Segundo 77,9% dos pesquisados, eles nunca se sentiram desconfortáveis ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com suas próteses. Entretanto, como mostra a tabela 29, 13,6% disseram sempre sentirem desconforto ao se alimentarem em frente a outras pessoas (Tabela 28).

**TABELA 28- Frequência e porcentagem de quem sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas**

	Frequência	%
Sempre	19	13,6
Às vezes	12	8,6
Nunca	109	77,9
Total	140	100,0

A grande maioria dos pesquisados (85,7%) afirma nunca terem sensibilidade ao contato com calor, frio ou doces. Apenas 3,6% dos pesquisados afirmam sempre sentirem sensibilidade (Tabela 29).

**TABELA 29-Freqüência e porcentagem de quem teve sensibilidade ao contato com calor, frio ou doces.**

	Freqüência	%
Sempre	5	3,6
Às vezes	15	10,7
Nunca	120	85,7
Total	140	100,0

#### **5.1.4- Exame clínico e das condições clínicas funcionais das próteses (Retenção e Estabilidade)**

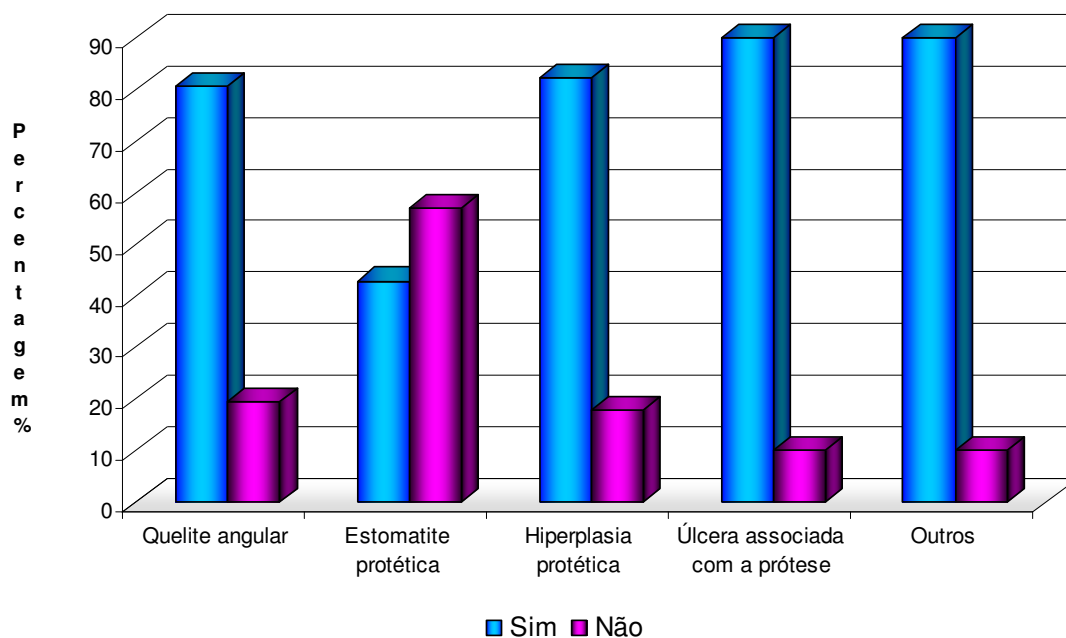
Com a finalidade de confirmar e correlacionar as informações sobre a auto-avaliação bucal através do índice GOHAI, foi feito um exame clínico e das condições clínicas das próteses. No exame das condições clínicas das próteses, verificou-se a retenção e a estabilidade estática e dinâmica.

No exame dos tecidos adjacentes à prótese, a lesão mucosa mais freqüente foi a estomatite protética em 57,1% dos pesquisados. Além da estomatite também foram encontradas: queilite angular em 19,3% dos pesquisados, hiperplasia protética em 17,9% e úlcera associada com prótese 10%. Outras lesões foram encontradas (10%) e, quando havia suspeita de malignidade, os pacientes eram encaminhados à Clínica de Estomatologia da UnB (Tabela 30 e Gráfico 5).

**TABELA 30-Distribuição de freqüência e porcentagem de lesões relacionadas à prótese**

	Não		Sim		Total	
	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%
<b>Queilite angular</b>	113	80,7	27	19,3	140	100,0
<b>Estomatite protética</b>	60	42,9	80	57,1	140	100,0
<b>Hiperplasia protética</b>	115	82,1	25	17,9	140	100,0
<b>Úlcera associada com a prótese</b>	126	90,0	14	10,0	140	100,0
<b>Outros</b>	126	90,0	14	10,0	140	100,0

GRÁFICO 5- Lesões mucosas relacionadas à prótese



A maioria dos pesquisados (92,1%) apresentou uma espessura normal da bochecha, enquanto 7,1% apresentaram espessura muito fina. Apenas um pesquisado (0,7%) apresentou a bochecha muito espessa (Tabela 31).

TABELA 31-Freqüência e porcentagem da espessura da bochecha

	Freqüência	%
Muito espessa	1	,7
Normal	129	92,1
Fina	10	7,1
Total	140	100,0

Ao exame clínico, 72,1% dos pesquisados apresentam o rebordo alveolar do maxilar superior reabsorvido, enquanto que 24,3% apresentam o rebordo maxilar normal. Somente 3,6% têm o rebordo alto ( Tabela 32).

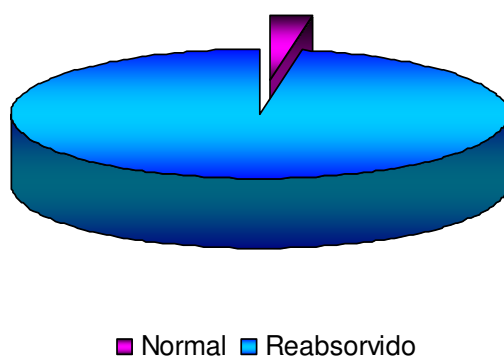
**TABELA 32- Frequência e porcentagem da altura do rebordo alveolar - Maxilar**

	Frequência	%
Alto	5	3,6
Normal	34	24,3
Reabsorvido	101	72,1
Total	140	100,0

A mandíbula de 97,1% dos pesquisados apresenta o rebordo alveolar mandibular reabsorvido. Apenas 2,9% apresentam o rebordo mandibular com altura normal (Tabela 33 e Gráfico 6).

**TABELA 33-Frequência e porcentagem da altura do rebordo alveolar - Mandibular**

	Frequência	%
Normal	4	2,9
Reabsorvido	136	97,1
Total	140	100,0

**GRÁFICO 6- Altura do rebordo alveolar – Mandibular**

Quanto à fibromucosa de revestimento do rebordo maxilar, 26,4% dos pesquisados apresentam-na com a consistência flácida, a mesma porcentagem com a consistência mista, 24,3% apresentam a consistência normal e 22,9% aderente (Tabela 34).

**TABELA 34- Frequência e porcentagem da fibromucosa de revestimento do rebordo maxilar**

	Frequência	%
Normal	34	24,3
Aderente	32	22,9
Flácida	37	26,4
Mista	37	26,4
Total	140	100,0

Com relação à consistência da fibromucosa de revestimento no rebordo mandibular, em 55% dos pesquisados era flácida, em 30% aderente, e em 5% mista (Tabela 35).

**TABELA 35-Freqüência e porcentagem da fibromucosa de revestimento do rebordo - mandibular**

	Freqüência	%
Normal	14	10,0
Aderente	42	30,0
Flácida	77	55,0
Mista	7	5,0
Total	140	100,0

A grande maioria dos pesquisados (96,4%) apresenta inserções musculares normais, enquanto que em apenas 3,6% eram anormais (Tabela 36).

**TABELA 36- Freqüência e porcentagem de inserções musculares**

	Freqüência	%
Normal	135	96,4
Anormal	5	3,6
Total	140	100,0

Dos idosos pesquisados 75,7% tinham a língua do tamanho normal, 21,4% grande e em apenas 2,9% era pequena (Tabela 37).

**TABELA 37- Frequência e porcentagem do tamanho da língua**

	Frequência	%
Grande	30	21,4
Normal	106	75,7
Pequena	4	2,9
Total	140	100,0

Pouco mais da metade dos pesquisados (54,3%) apresentam a saliva em quantidade e viscosidade normais. Entretanto, 30,7% apresentam saliva mucosa e 15% abundante e semiviscosa (Tabela 38).

**TABELA 38-Frequência e porcentagem da quantidade e viscosidade da saliva**

	Frequência	%
Normal	76	54,3
Abundante/ semiviscosa	21	15,0
Mucosa	43	30,7
Total	140	100,0



Uma porcentagem razoável dos pesquisados (61,4%) apresentam movimentos mandibulares livres e coordenados, enquanto 38,6% apresentam movimentos limitados (Tabela 39).

**TABELA 39- Frequência e porcentagem dos movimentos mandibulares**

	Frequência	%
Livres e coordenados	86	61,4
Limitados	54	38,6
Total	140	100,0

#### 5.1.4.1- Condições clínicas funcionais das próteses totais

##### Retenção e Estabilidade Dinâmicas

Em pouco mais da metade dos pesquisados, a prótese não se move durante a mastigação, enquanto que em 44,3% a prótese se move (Tabela 40).

**TABELA 40- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante a mastigação**

	Frequência	%
Sim	62	44,3
Não	78	55,7
Total	140	100,0

Em 69,3% dos pesquisados não há movimentação da prótese total durante a fala, enquanto que em 30,7% esta movimentação existe (Tabela 41).

**TABELA 41- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante a fala**

	Frequência	%
Sim	43	30,7
Não	97	69,3
Total	140	100,0

Segundo 87,9% dos pesquisados não há movimentação da prótese durante a deglutição, enquanto que em 12,1% existe esta movimentação (Tabela 42).

**TABELA 42- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante a deglutição**

	Frequência	%
Sim	17	12,1
Não	123	87,9
Total	140	100,0

Na grande maioria dos pesquisados (97,1%) não há movimentação da prótese durante a respiração. Todavia, em 2,9% esta movimentação existe (Tabela 43).

**TABELA 43- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante a respiração**

	Frequência	%
Sim	4	2,9
Não	136	97,1
Total	140	100,0

Em 70% dos pesquisados não existe movimentação da prótese quando sorri, enquanto que em 30%, há este tipo de movimentação (Tabela 44).

**TABELA 44- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante o sorriso**

	Frequência	%
Sim	42	30,0
Não	98	70,0
Total	140	100,0

Na grande maioria dos pesquisados (97,9%) não há movimentação da prótese durante o repouso, enquanto que em 2,1% existe esta movimentação (Tabela 45).

**TABELA 45- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade dinâmicas durante o repouso**

	Frequência	%
Sim	3	2,1
Não	137	97,9
Total	140	100,0

#### **5.1.4.2- Condições clínicas funcionais das próteses totais**

##### **Retenção e Estabilidade Estáticas**

O teste realizado na região anterior da prótese foi satisfatório para estabilidade e retenção, em 62,1% dos pesquisados. Em 37,9% dos pesquisados este teste foi considerado insatisfatório (Tabela 46).

**TABELA 46- Frequência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade estáticas na região anterior**

	Frequência	%
Satisfatório	87	62,1
Insatisfatório	53	37,9
Total	140	100,0

O teste de retenção e estabilidade estáticas realizado na região de pré-molares direitos foi satisfatório para 36,4% dos pesquisados, enquanto que para 63,6% foi insatisfatório (Tabela 47).

**TABELA 47-Freqüência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade estática na região de pré-molares direitos**

	Freqüência	%
Satisfatório	51	36,4
Insatisfatório	89	63,6
Total	140	100,0

O teste de retenção e estabilidade estáticas realizado na região de pré-molares esquerdos foi considerado satisfatório para 37,1% dos pesquisados. Para 62,9% o teste de retenção e estabilidade foi considerado insatisfatório (Tabela 48).

**TABELA 48- Freqüência e porcentagem do teste de retenção e estabilidade estáticas na região de pré-molares esquerdos.**

	Freqüência	%
Satisfatório	52	37,1
Insatisfatório	88	62,9
Total	140	100,0

## 5.2- Testes Estatísticos

### 5.2.1- Comparações entre variáveis do estudo

#### 5.2.1.1. Teste de Fisher

Foi utilizado o teste exato de Fisher para testar se houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis “tem algum problema de saúde” e “faz uso de medicamentos” com as outras variáveis do estudo. De acordo com as tabelas abaixo, tanto o teste unilateral quanto o teste bicaudal, resultaram em que há associação apenas entre a variável “tem algum problema de saúde” e “faz uso de medicamentos” ( $p < 0,000$ ). As demais variáveis são independentes (Tabelas 49 e 50).

**TABELA 49- Teste exato de Fisher para testar a associação entre a variável “tem algum problema de saúde” e outras variáveis estudadas.**

<i>Variáveis estudadas</i>	<i>p-valor (teste bicaudal)</i>	<i>p-valor (teste unicaudal)</i>
Sexo	,704	,415
Tecido Mole - Queilite angular	,368	,289
Tecido Mole - Estomatite protética	1,000	,574
Tecido Mole - Hiperplasia protética	,196	,105
Tecido Mole - Úlcera associada com a prótese	,693	,403
Tecido Mole - Outros	,693	,403
Altura do rebordo alveolar - Mandibular	1,000	,554
Inserções musculares	,136	,136
Movimentos mandibulares	1,000	,540
Movimentação durante a mastigação	,621	,327
Movimentação durante a fala	,595	,353
Movimentação durante a deglutição	,468	,289
Movimentação durante a respiração	1,000	,554
Movimentação durante o sorriso	,431	,265
Movimentação durante o repouso	1,000	,643
Teste na região anterior	,800	,432
Teste na região de pré-molares direitos	,444	,236
Teste na região de pré-molares esquerdos	,444	,215
Quebrou a prótese	,460	,243
Faz uso de medicamento	,000	,000

**TABELA 50-Teste exato de Fisher para testar a associação entre a variável “faz uso de medicamentos” e outras variáveis estudadas.**

<i>Variáveis estudadas</i>	<i>p-valor (teste bicaudal)</i>	<i>p-valor (teste unicaudal)</i>
Sexo	,060	,050
Tecido Mole - Queilite angular	,018	,012
Tecido Mole - Estomatite protética	,838	,463
Tecido Mole - Hiperplasia protética	,286	,138
Tecido Mole - Úlcera associada com a prótese	,305	,136
Tecido Mole - Outros	,735	,360
Altura do rebordo alveolar - Mandibular	,575	,363
Inserções musculares	,306	,306
Movimentos mandibulares	,835	,428
Movimentação durante a mastigação	,309	,181
Movimentação durante a fala	1,000	,503
Movimentação durante a deglutição	,468	,289
Movimentação durante a respiração	1,000	,637
Movimentação durante o sorriso	1,000	,542
Movimentação durante o repouso	,531	,531
Teste na região anterior	1,000	,536
Teste na região de pré-molares direitos	,675	,373
Teste na região de pré-molares esquerdos	,674	,338
Quebrou a prótese	,419	,249

### 5.2.2- Cálculo do GOHAI

Para verificar se existem diferenças entre as idades dos idosos pesquisados e a variação de respostas, o indicador GOHAI foi calculado para os idosos acima de 70 anos. O resultado encontrado foi um índice um pouco maior, de 31,95, em relação ao índice geral.

A pontuação geral da classificação do GOHAI desenvolvida por DOLAN (1997) em alta percepção (34-36 pontos), moderada percepção (30 a 33 pontos) e baixa percepção (< 30 pontos).

O indicador GOHAI foi calculado e o resultado para a amostra foi de 31,43. A percepção dos idosos quanto à saúde bucal foi relativamente boa, considerada moderada pelo índice.

Quase 70% dos idosos pesquisados tiveram uma moderada ou alta percepção do indicador de saúde bucal GOHAI. Abaixo encontram-se as tabelas com as frequências e classificações (Tabelas 51 e 52).

**TABELA 51- Cálculo do Indicador GOHAI**

Estatísticas descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
GOHAI	140	17	36	31,43	4,32

**TABELA 52-Indicador GOHAI - Frequência e classificação**

Índice Gohai			
	Frequência	%	% Acumulada
Baixa percepção	44	31,4	31,4
Moderada percepção	41	29,3	60,7
Alta Percepção	55	39,3	100,0
Total	140	100,0	



### 5.2.2.1- Análise de confiabilidade- GOHAI

A Análise da confiabilidade permite estudar as propriedades de escalas da medida. No procedimento da análise da confiabilidade calcula-se um número de medidas geralmente usadas da confiabilidade da escala, fornecendo também a informação sobre os relacionamentos entre itens individuais na escala.

*O questionário mede a satisfação do idoso de uma maneira útil?*

Usando a análise da confiabilidade, pode-se determinar a extensão em que os itens do questionário são relacionados. Pode-se começar um índice total da repetibilidade ou consistência interna da escala como um todo, podendo assim, identificar os itens do problema que devem ser excluídos da escala.

Encontrou-se pelo teste de confiabilidade o valor de 0,784, significando que a confiabilidade do índice GOHAI é de 78,4% (Tabelas 53 e 54).

**TABELA 53- Confiabilidade para o GOHAI**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado em Itens Padronizados	Número de itens
0,784	0,775	12

A matriz de covariância foi calculada e utilizada para calcular o teste

TABELA 54-Itens do GOHAI

	Média	% do total	Desvio-padrão	Frequência
Limita a alimentação	2,64	88,0	0,7	140
Problemas para mastigar	2,32	77,3	0,833	140
Engole os alimentos confortavelmente	2,69	89,7	0,677	140
A prótese impede de falar da maneira que gostaria	2,59	86,3	0,646	140
Come todo o tipo de alimento sem desconforto	2,41	80,3	0,768	140
Limita seus contatos devido a problemas na prótese	2,73	91,0	0,573	140
Sente-se feliz com o aspecto da sua boca	2,59	86,3	0,72	140
Toma remédios para aliviar dores na boca	2,82	94,0	0,403	140
Precisa tomar cuidado com a boca	2,59	86,3	0,689	140
Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com a sua boca	2,59	86,3	0,635	140
Sentiu-se desconfortável ao alimentar-se em frente a outras pessoas	2,64	88,0	0,71	140
Teve sensibilidade na boca ao contato com calor, frio ou doces	2,82	94,0	0,469	140

Observação: O total é = 3 que foi o peso dado às respostas do Gohai para alta percepção.

### 5.2.3- Associações entre o GOHAI e o Exame Clínico

#### 5.2.3.1- Teste Qui-quadrado

O teste Qui-quadrado foi calculado para verificar as associações entre o indicador GOHAI e o exame clínico. Houve associação entre o indicador GOHAI em seis questões do exame clínico. São elas:

- A- quantidade e viscosidade da saliva
- B- movimentos mandibulares
- C- movimentação durante a mastigação
- D- movimentação durante a fala
- E- movimentação da prótese durante o sorriso
- F- teste na região anterior.

### A- Quantidade e Viscosidade de Saliva

O teste mostra que existe associação entre as variáveis, ou seja, pessoas que têm a viscosidade da saliva normal, em sua maioria têm também a autopercepção de saúde bucal moderada ou alta. Em contrapartida, os idosos com viscosidade da saliva mucosa tiveram autopercepção de saúde bucal baixa ou ruim (Tabelas 55 e 56).

**TABELA 55- Indicador GOHAI por quantidade e viscosidade de saliva**

		Índice Gohai			Total	
		Baixa percepção	Moderada percepção	Alta Percepção		
Quantidade e viscosidade de saliva	Normal	Freq.	17	23	36	76
		% por Quantidade e viscosidade de saliva	22,4%	30,3%	47,4%	100,0%
	Abundante/ semiviscosa	Freq.	10	3	8	21
		% por Quantidade e viscosidade de saliva	47,6%	14,3%	38,1%	100,0%
	Mucosa	Freq.	17	15	11	43
		% por Quantidade e viscosidade de saliva	39,5%	34,9%	25,6%	100,0%
Total	Freq.	44	41	55	140	
	% por Quantidade e viscosidade de saliva	31,4%	29,3%	39,3%	100,0%	

**Tabela 56- Teste Qui-quadrado por quantidade e viscosidade de saliva**

Teste Qui-quadrado			
	Valor	gl	p-valor
Qui-quadrado Pearson	10,061 <sup>a</sup>	4	,039

<sup>a</sup>. 0 células (,0%) tem freqüência esperada menor que 5. A menor freqüência esperada é 6,15.

## B- Movimentos Mandibulares

Na associação encontrada observa-se que quando os movimentos mandibulares eram livres e coordenados, a frequência de respostas à autopercepção da saúde bucal crescia de baixa para alta percepção. Quando os movimentos eram limitados, a maior porcentagem se localizou na baixa autopercepção da saúde bucal (Tabelas 57 e 58).

**TABELA 57- Indicador GOHAI por Movimentos mandibulares**

		Índice Gohai				
			Baixa percepção	Moderada percepção	Alta Percepção	Total
Movimentos mandibulares	Livres e coordenados	Freq.	21	29	36	86
		% por Movimentos mandibulares	24,4%	33,7%	41,9%	100,0%
	Limitados	Freq.	23	12	19	54
		% por Movimentos mandibulares	42,6%	22,2%	35,2%	100,0%
Total	Freq.	44	41	55	140	
	% por Movimentos mandibulares	31,4%	29,3%	39,3%	100,0%	

**TABELA 58- Teste Qui-quadrado por movimentos mandibulares**

Teste Qui-quadrado			
	Valor	gl	p-valor
Qui-quadrado Pearson	5,360 <sup>a</sup>	2	,069

a. 0 células (,0%) tem frequência esperada menor que 5. A menor frequência esperada é 15,81.

### C- Movimentação da Prótese durante a Mastigação

Dos idosos que têm problemas com movimentação da prótese durante a mastigação, 46,8% têm baixa autopercepção de saúde bucal. Apenas 16,1% têm autopercepção da saúde bucal alta (Tabelas 59 e 60).

**TABELA 59-Indicador GOHAI por movimentação da prótese durante a mastigação**

		Índice Gohai			Total	
		Baixa percepção	Moderada percepção	Alta Percepção		
Movimentação durante a mastigação	Sim	Freq.	29	23	10	62
		% por Movimentação durante a mastigação	46,8%	37,1%	16,1%	100,0%
	Não	Freq.	15	18	45	78
		% por Movimentação durante a mastigação	19,2%	23,1%	57,7%	100,0%
Total	Freq.	44	41	55	140	
	% por Movimentação durante a mastigação	31,4%	29,3%	39,3%	100,0%	

**TABELA 60- Teste Qui-quadrado por movimentação da prótese durante a mastigação**

Teste Qui-quadrado			
	Valor	gl	p-valor
Qui-quadrado Pearson	25,846 <sup>a</sup>	2	,000

a. 0 células (,0%) tem freqüência esperada menor que 5. A menor freqüência esperada é 18,16.

### D- Movimentação da Prótese durante a Fala

No teste de associação os indivíduos nos quais há movimentação da prótese durante a fala, têm em sua maioria (55,8%) baixa autopercepção de saúde bucal. Dos idosos que não têm esse problema, quase a metade (48,5%) têm autopercepção de saúde bucal alta (Tabelas 61 e 62).

**TABELA 61-Indicador GOHAI por movimentação da prótese durante a fala**

		Índice Gohai			Total	
		Baixa percepção	Moderada percepção	Alta Percepção		
Movimentação durante a fala	Sim	Freq.	24	11	8	43
		% por Movimentação durante a fala	55,8%	25,6%	18,6%	100,0%
	Não	Freq.	20	30	47	97
		% por Movimentação durante a fala	20,6%	30,9%	48,5%	100,0%
Total		Freq.	44	41	55	140
		% por Movimentação durante a fala	31,4%	29,3%	39,3%	100,0%

**TABELA 62- Teste Qui-quadrado por movimentação da prótese durante a fala**

Teste Qui-quadrado			
	Valor	gl	p-valor
Qui-quadrado Pearson	18,790 <sup>a</sup>	2	,000

<sup>a</sup>. 0 células (,0%) tem freqüência esperada menor que 5. A menor freqüência esperada é 12,59.

### E- Movimentação da Prótese durante o Sorriso

Os idosos com maiores porcentagens de movimentação da prótese durante o sorriso (47,6%) têm baixa autopercepção da saúde bucal. Vemos assim, que existe associação entre a autopercepção GOHAI e a movimentação da prótese durante o sorriso (Tabelas 63 e 64).

**TABELA 63- Indicador GOHAI por Movimentação da prótese durante o sorriso**

		Índice Gohai			Total	
		Baixa percepção	Moderada percepção	Alta Percepção		
Movimentação durante o sorriso	Sim	Freq.	20	13	9	42
		% por Movimentação durante o sorriso	47,6%	31,0%	21,4%	100,0%
	Não	Freq.	24	28	46	98
		% por Movimentação durante o sorriso	24,5%	28,6%	46,9%	100,0%
Total		Freq.	44	41	55	140
		% por Movimentação durante o sorriso	31,4%	29,3%	39,3%	100,0%

**TABELA 64- Teste Qui-quadrado por movimentação da prótese durante o sorriso**

Teste Qui-quadrado			
	Valor	gl	p-valor
Qui-quadrado Pearson	9,931 <sup>a</sup>	2	,007

a. 0 células (,0%) tem freqüência esperada menor que 5. A menor freqüência esperada é 12,30.

## F- Teste de Retenção e Estabilidade Estáticas na Região Anterior

O teste Qui-quadrado mostrou associação muito forte entre o indicador GOHAI e o teste de retenção e estabilidade estáticas na região anterior da boca. Observa-se que os testes que tiveram resultados satisfatórios em sua maioria, foram feitos por idosos que tiveram autopercepção de saúde bucal moderada ou alta (Tabelas 65 e 66).

**TABELA 65-Indicador GOHAI por teste de retenção e estabilidade dinâmicas na região anterior**

		Índice Gohai			Total	
		Baixa percepção	Moderada percepção	Alta Percepção		
Teste na região anterior	Satisfatório	Freq.	21	28	38	87
		% por Teste na região anterior	24,1%	32,2%	43,7%	100,0%
	Insatisfatório	Freq.	23	13	17	53
		% por Teste na região anterior	43,4%	24,5%	32,1%	100,0%
Total		Freq.	44	41	55	140
		% por Teste na região anterior	31,4%	29,3%	39,3%	100,0%

**TABELA 66- Teste Qui-quadrado por teste de retenção e estabilidade dinâmicas na região anterior**

Teste Qui-quadrado			
	Valor	gl	p-valor
Qui-quadrado Pearson	5,674 <sup>a</sup>	2	,059

a. 0 células (,0%) tem freqüência esperada menor que 5. A menor freqüência esperada é 15,52.



### 5.2.3.2-Comparação entre as três dimensões do GOHAI: funcional, psicossocial e dor ou desconforto

Quando comparamos as três dimensões entre si para verificar a existência de associação, vemos que nos três casos há evidências de associação.

O p-valor do Qui-quadrado das dimensões física/funcional e da dimensão psicológica/psicossocial é inferior a 0,001. Isso indica que há evidências de associação entre as variáveis estudadas. Pessoas com alta percepção na dimensão física/funcional, tendem a ter alta percepção na dimensão psicológica/ psicossocial e vice versa (Tabelas 67 e 68).

**TABELA 67- Tabela Cruzada Comparação entre Dimensão Física/Funcional- Psicológica**

		Dimensão Psicológica/Psicossocial		Total
		Baixa Percepção	Boa ou Alta Percepção	
Dimensão Física/Funcional	Baixa Percepção	20	17	37
	Boa ou Alta Percepção	9	94	103
Total		29	111	140

**TABELA 68- Teste Qui-quadrado - Dimensão Física/Funcional- Psicológica**

	Valor	Gl	p-valor
Qui-quadrado de Pearson	34,037(b)	1	,000

The minimum expected count is 7,66.

Quando se compara a dimensão psicológica/psicossocial com a dimensão de dor ou desconforto, observa-se que o p-valor do Qui-quadrado é inferior a 0,001 indicando que há evidências de associação entre as duas variáveis estudadas. Indivíduos com alta percepção na dimensão psicológica/psicossocial tendem a ter também alta percepção na dimensão de dor ou desconforto e vice-versa (Tabelas 69 e 70).

**TABELA 69- Tabela Cruzada- Comparação entre Dimensão Psicológica/ Psicossocial - Dor /Desconforto**

		Dimensão Dor ou Desconforto		Total
		Baixa Percepção	Boa ou Alta Percepção	
Dimensão Psicológica/Psicossocial	Baixa Percepção	15	14	29
	Boa ou Alta Percepção	9	102	111
Total		24	116	140

**TABELA 70- Teste Qui-quadrado - Dimensão Psicológica/Psicossocial- Dor/Desconforto**

	Valor	Gl	p-valor
Qui-quadrado de Pearson	30,794(b)	1	,000

The minimum expected count is 4,97.

Comparando-se a dimensão física/funcional com a dimensão dor ou desconforto, vemos que o p-valor do Qui-quadrado é de 0,006. Isto indica que há evidências de associação entre essas duas variáveis, ou seja pessoas com alta percepção na dimensão física, tendem a ter alta percepção em relação à dimensão dor/desconforto e vice-versa (Tabelas 71 e 72).

**TABELA 71- Comparação entre Dimensão Física/Funcional e Dor/ Desconforto**

		Dimensão Dor ou Desconforto		Total
		Baixa percepção	Boa ou Alta percepção	
Dimensão Física/Funcional	Baixa percepção	12	25	37
	Boa ou Alta percepção	12	91	103
Total		24	116	140

**TABELA 72- Teste Qui-quadrado- Dimensão Física/Funcional - Dor/Desconforto**

	Valor	Df	P-valor	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Qui-quadrado Pearson	8,277(b)	1	,004		
Continuidade Correção(a)	6,879	1	,009		
R. Verossimilhança	7,514	1	,006		
Teste exato Fisher				,009	,006
N casos válidos	140				

A contagem mínima esperada foi 6,34.

Concluindo as comparações entre as três dimensões do GOHAI, podemos observar as tabelas de frequência e porcentagem dos idosos pesquisados, conforme baixa ou alta percepção em cada dimensão (Tabelas 73, 74 e 75).

**TABELA 73- Frequência e porcentagem - Dimensão Física/Funcional -**

	Freq.	%
Baixa percepção	37	26,4
Boa ou Alta percepção	103	73,6
Total	140	100,0

**TABELA 74- Frequência e porcentagem - Dimensão Dor/Desconforto**

	Freq.	%
Baixa percepção	24	17,1
Boa ou Alta percepção	116	82,9
Total	140	100,0

**TABELA 75- Frequências e porcentagem- Dimensão Psicológica/Psicossocial**

	Freq.	%
Baixa percepção	29	20,7
Boa ou Alta percepção	111	79,3
Total	140	100,0

### 5.2.3.3- Comparações entre as dimensões do GOHAI e os aspectos sócio-demográficos

#### 5.2.3.3.1-Gênero

Quando se compara as três dimensões do GOHAI com os gêneros masculino e feminino dos idosos pesquisados, pode-se observar que não há evidências de associação entre as variáveis. Em todos os casos o p-valor foi muito grande, acima de 0,5 (Tabelas 76, 77, 78, 79, 80, 81).

**TABELA 76-Tabela Cruzada Comparação entre Dimensão Dor /Desconforto- Gênero**

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Dimensão Dor ou Desconforto	Baixa Percepção	2	22	24
	Boa ou Alta Percepção	15	101	116
Total		17	123	140

**TABELA 77- Teste Qui-quadrado Dimensão Dor/Desconforto- Gênero**

	Valor	Gl	p-valor (bicaudal)	p-valor teste exato. (bicaudal)	p-valor teste exato (unicaudal)
Qui-quadrado Pearson	,394(b)	1	,530		
Teste Exato de Fisher				,737	,410

The minimum expected count is 2,91.

**TABELA 78-Tabela Cruzada Comparação entre Dimensão Física/Funcional- Gênero**

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Dimensão Física/Funcional	Baixa Percepção	4	33	37
	Boa ou Alta Percepção	13	90	103
Total		17	123	140

**TABELA 79- Teste Qui-quadrado Dimensão Física/ Funcional- Gênero**

	Valor	Gl	p-valor (bicaudal)	p-valor teste exato. (bicaudal)	p-valor teste exato (unicaudal)
Qui-quadrado Pearson	,084(b)	1	,772		
Teste Exato Fisher				1,000	,516

The minimum expected count is 4,49.

**TABELA 80- Tabela Cruzada - Comparação entre Dimensão Psicológica/Psicossocial- Gênero**

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Dimensão Psicológica/Psicossocial	Baixa Percepção	3	26	29
	Boa ou Alta Percepção	14	97	111
Total		17	123	140

**TABELA 81- Teste Qui-quadrado - Dimensão Psicológica/Psicossocial- Gênero**

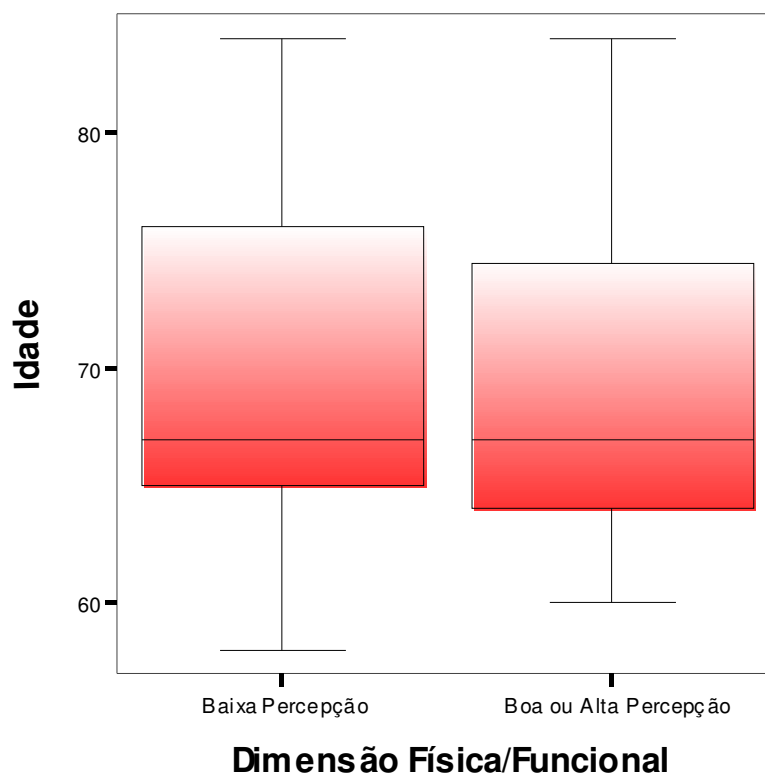
	Valor	Gl	p-valor (bicaudal)	p-valor teste exato. (bicaudal)	p-valor teste exato (unicaudal)
Qui-quadrado Pearson	,111(b)	1	,739		
Teste Exato Fisher				1,000	,514

The minimum expected count is 3,52.

### 5.2.3.3.2- Idade

Na comparação entre as variáveis dimensão física/funcional e idade, pode-se observar que as pessoas que têm baixa percepção na dimensão física/funcional, tendem a ter mais idade (Gráfico 7).

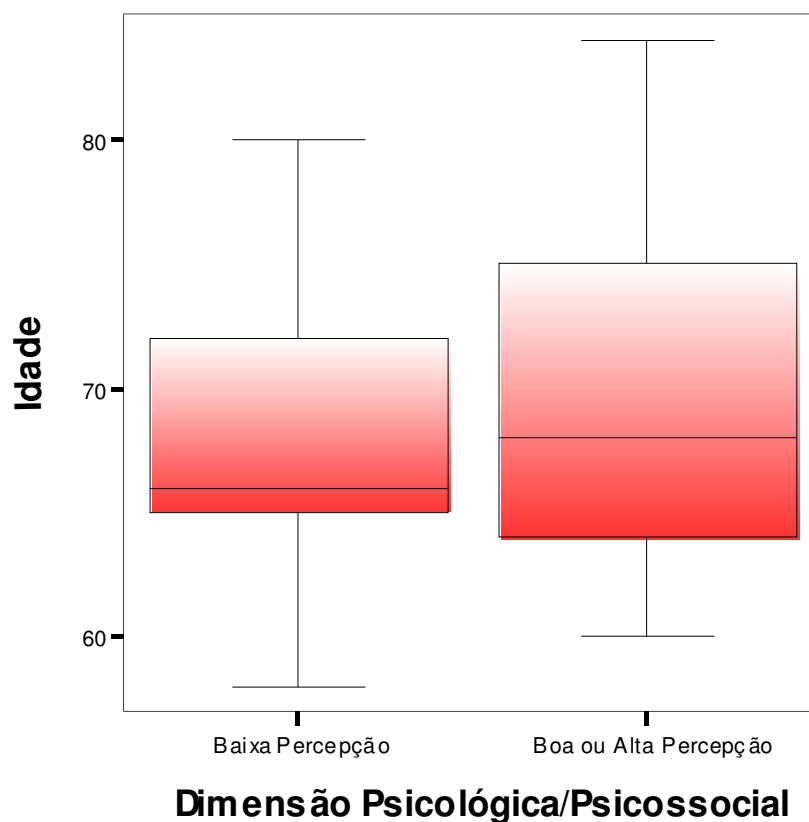
**GRÁFICO 7- Dimensão Física/Funcional- Idade**





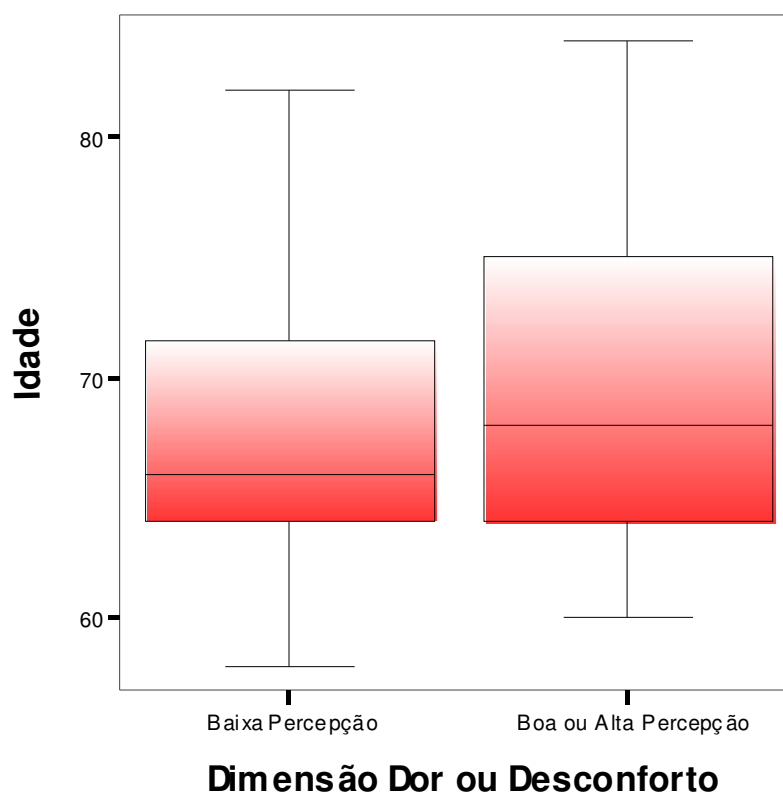
Quando se comparam as variáveis dimensão psicológica/psicossocial com idade, existe grande variação de idade nas pessoas com boa ou alta percepção psicológica/psicossocial. As pessoas com baixa percepção psicológica têm uma variação de idade bem menor, entre 65 e 72 anos (Gráfico 8).

**GRÁFICO 8- Dimensão Psicológica/Psicossocial- Idade**



Na comparação entre as variáveis de dimensão dor ou desconforto e idade, vemos uma grande variação de idade nas pessoas que têm boa ou alta percepção (Gráfico 9).

**GRÁFICO 9- Dimensão de Dor /Desconforto- Idade**



### 5.2.3.3.3- Estado Civil

Quando se compara as três dimensões do GOHAI com a variável estado civil, observa-se não existir associação. O teste do Qui-quadrado mostrou um p-valor superior a 0,05 (Tabelas 82, 83, 84, 85, 86 e 87).

**TABELA 82- Tabela Cruzada Comparação entre Dimensão Física/Funcional- Estado Civil**

		Dimensão Física/Funcional		Total
		Baixa percepção	Boa ou Alta percepção	
Estado Civil	Solteiro	5	9	14
	Casado	10	42	52
	Divorciado	5	9	14
	Viúvo	15	34	49
	Outros	2	9	11
Total		37	103	140

**TABELA 83- Teste Qui-quadrado Dimensão Física/Funcional- Estado Civil**

	Valor	gl	p-valor (bicaudal)
Qui-quadrado Pearson	3,453(a)	4	,485

The minimum expected count is 2,91.

**TABELA 84- Tabela Cruzada- Comparação entre Dimensão Dor/Desconforto- Estado Civil**

		Dimensão Dor ou Desconforto		Total
		Baixa percepção	Boa ou Alta percepção	
Estado Civil	Solteiro	2	12	14
	Casado	9	43	52
	Divorciado	4	10	14
	Viúvo	9	40	49
	Outros	0	11	11
Total		24	116	140

**TABELA 85-Teste Qui-quadrado - Dimensão Dor/Desconforto- Estado Civil**

	Valor	gl	p-valor (bicaudal)
Qui-quadrado Pearson	3,696(a)	4	,449

The minimum expected count is 1,89.

**TABELA 86- Tabela Cruzada- Comparação entre Dimensão Psicológica/Psicossocial- Estado Civil**

		Dimensão Psicológica/Psicossocial		Total
		Baixa percepção	Boa ou Alta percepção	
Estado Civil	Solteiro	5	9	14
	Casado	11	41	52
	Divorciado	3	11	14
	Viúvo	9	40	49
	Outros	1	10	11
Total		29	111	140

**TABELA 87-Teste Qui-quadrado- Dimensão Psicológica/Psicossocial- Estado Civil**

	Valor	gl	p-valor (bicaudal)
Qui-quadrado Pearson	2,998(a)	4	,558
Razão Verossim.	2,941	4	,568
N casos válidos	140		

The minimum expected count is 2,28.

#### 5.2.3.3.4- Escolaridade

Quando se comparam as três dimensões do GOHAI com a variável escolaridade, não há nenhuma associação. Como se pode observar pelo teste Qui-quadrado, o p-valor ficou acima de 0,05 (Tabelas 88, 89, 90, 91, 92 e 93).

**TABELA 88- Tabela Cruzada- Comparação entre Dimensão Física/Funcional- Escolaridade**

		Dimensão Física/Funcional		Total
		Baixa percepção	Boa ou Alta percepção	
Escolaridade	Nenhuma	1	6	7
	Até à 4ª série	25	67	92
	5ª à 8ª série	9	22	31
	2º grau incompleto	0	2	2
	2º grau completo	2	4	6
	Superior	0	2	2
Total		37	103	140

**TABELA 89- Teste Qui-quadrado- Dimensão Física/Funcional- Escolaridade**

	Valor	Gl	p-valor (bicaudal)
Qui-quadrado Pearson	2,249(a)	5	,814
Razão Verossimilh.	3,330	5	,649
N casos válidos	140		

The minimum expected count is ,53.

**TABELA 90-Tabela Cruzada - Comparação entre Dimensão Dor/Desconforto- Escolaridade**

		Dimensão Dor ou Desconforto		Total
		Baixa percepção	Boa ou Alta percepção	
Escolaridade	Nenhuma	1	6	7
	Até à 4ª série	18	74	92
	5ª à 8ª série	4	27	31
	2º grau incompleto	0	2	2
	2º grau completo	1	5	6
	Superior	0	2	2
Total		24	116	140

**TABELA 91-Teste Qui-quadrado - Dimensão Dor/Desconforto- Escolaridade**

	Valor	Gl	p-valor (bicaudal)
Qui-quadrado Pearson	1,641 (a)	5	,896
Razão Verossimilh.	2,336	5	,801
N casos válidos	140		

The minimum expected count is ,34.

**TABELA 92- Tabela Cruzada- Comparação entre Dimensão Psicológica/ Psicossocial- Escolaridade**

		Dimensão Psicológica/Psicossocial		Total
		Baixa percepção	Boa ou Alta percepção	
Escolaridade	Nenhuma	0	7	7
	Até à 4ª série	20	72	92
	5ª à 8ª série	7	24	31
	2º grau incompleto	1	1	2
	2º grau completo	1	5	6
	Superior	0	2	2
Total		29	111	140

**TABELA 93-Teste Qui-quadrado- Dimensão Psicológica/Psicossocial- Escolaridade**

	Valor	Gl	p-valor bicaudal
Qui-quadrado Pearson	3,580(a)	5	,611
Razão de Verossim.	5,204	5	,392
N caso válidos	140		

The minimum expected count is ,41.



## **6-DISCUSSÃO**

### **6.1- Introdução**

Nas últimas décadas tem havido um aumento acentuado no número de pessoas geriátricas, principalmente nos países em desenvolvimento. Esse aumento da longevidade tem sido motivo de pesquisas no mundo inteiro.

Este aumento na longevidade se deve entre outros fatores a avanços na qualidade de vida, tais como uma melhor conscientização das pessoas sobre a importância da dieta alimentar, exercícios físicos, lazer, etc. Essa nova revolução social acarreta uma demanda maior aos serviços de assistência social e de saúde principalmente nas faixas etárias mais elevadas da sociedade.

Na área de saúde bucal a situação ainda é precária, tanto pelo quadro epidemiológico, como pela ausência de programas, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Ainda que haja forte mudança demográfica, os programas dirigidos a estas pessoas são raros, pois apresentam baixa prioridade nos serviços públicos, mesmo com todos os problemas bucais acumulados (PINTO, 2003).

Tendo em vista essa carência de estudos em uma faixa cada vez mais significativa da população, com características próprias e problemas peculiares, decidiu-se por fazer esta investigação, tendo como objetivo analisar as condições bucais e a qualidade de vida de uma população de terceira idade de Taguatinga, DF.

A partir de entrevista elaborada de questões contidas no Formulário de Pesquisa (ANEXO-4) procurou-se obter um perfil clínico dos idosos reabilitados com próteses totais, registrando-se os aspectos sócio-demográficos e as condições das próteses totais dos pacientes através de testes de retenção e estabilidade.

Para avaliar as condições clínicas dos pacientes foi realizado um exame clínico (ANEXO-6) de acordo com as especificações da OMS (1999) através de avaliações das próteses totais, verificando as condições funcionais de retenção e estabilidade de acordo com critérios normativos.

Estudos recentes têm questionado o quanto o uso dos testes clínicos atuais medem a real necessidade de tratamento (JOKOVIC & LOCKER, 1997; SHEIHAM, 2001).

Desta maneira, propõe-se nesta investigação testar um indicador social (GOHAI) e, assim fazer uma correlação entre a autopercepção (GOHAI) e as condições clínicas funcionais de retenção e estabilidade.

O indicador sócio-dental GOHAI (ANEXO-5) foi aplicado em uma população de idosos para testar o quanto este indicador mede as percepções de saúde bucal das pessoas idosas, com 60 anos e mais, funcionalmente independentes, pertencentes a grupos e associações de idosos de Taguatinga.

As questões a serem respondidas nesta pesquisa foram:

Como os idosos avaliam sua saúde bucal?

Quais são os fatores preditores dessa auto-avaliação?

Quais condições clínicas de retenção e estabilidade das próteses totais, podem ser ou estar associadas à autopercepção positiva?

## **6.2- Amostra**

Na seleção da amostra desta pesquisa foi utilizado o método não-aleatório, estabelecendo-se uma amostragem não representativa de Taguatinga. Uma amostra representativa necessitaria de uma coleta de dados com um número maior de pessoas do que as que participaram deste estudo. No entanto, o objetivo principal desta pesquisa era testar a autopercepção em idosos em relação à saúde bucal. Mesmo sem o propósito representativo, esse estudo buscou similaridade com a população de idosos da R. A . de Taguatinga em relação aos critérios para seleção, como a idade, sexo e características demográficas. Desta maneira procurou-se obter um quadro aproximado de percepção dos idosos testados.

Esta investigação constituiu-se em um estudo transversal. O estudo transversal é uma opção de estudo com a finalidade de descrever características de eventos de uma população, de identificar e detectar grupos aos quais pode ser oferecida atenção especial. Também pode ser usado para se obter informações relevantes quando há limitação de tempo ou de recursos (PEREIRA, 2001).

Do total de 210 idosos de Taguatinga que preenchiam os critérios de seleção para a pesquisa, somente 66,6% aceitaram participar deste estudo. A recusa dos indivíduos em participarem da pesquisa (33,4%) deveu-se provavelmente pela própria condição bucal clínica. Muitos deles, recusaram-se em ser examinados, mesmo sendo em ambiente reservado e fechado pois sentiam-se constrangidos por esse fato. Alguns não participaram da pesquisa devido ao falecimento.

Como não haviam dados estatísticos anteriores referentes a este grupo, o cálculo do tamanho da amostra foi realizado por proporção com máxima variância.

O  $n$  encontrado foi de 136, sendo  $n$  o tamanho da amostra. Como a pesquisa foi realizada com 140 indivíduos, a amostra foi representativa para o grupo.

### **6.3- Fatores Sócio-Demográficos**

Os fatores sócio-demográficos tais como idade, gênero, estado civil e escolaridade embora não sendo objeto específico desta pesquisa, foram analisados para possibilitar comparações ou influências dessas características na análise do indicador GOHAI como também na formação da percepção da população de idosos.

#### **6.3.1- Idade**

Neste estudo, nas pessoas com mais idade, ou seja, acima de 76 anos o indicador GOHAI apresentou uma baixa percepção na dimensão física/funcional, enquanto que na dimensão psicológica/psicossocial houve uma grande variação de idade das pessoas com boa ou alta percepção, entre 64 e 75 anos. As pessoas com baixa percepção psicológica têm variação de idade bem menor, entre 65 e 72 anos.

Já na comparação da dimensão de dor ou desconforto com a variável idade, observou-se uma grande variação de idade nas pessoas pesquisadas que têm boa ou alta percepção, entre 64 e 75 anos de idade.

Vale ressaltar que mais da metade dos idosos pesquisados (55,7%) têm idade entre 60 e 70 anos de idade, sendo que uma minoria (10,7%) com idade entre de 80 a 85 anos de idade.

#### **6.3.2- Gênero**

Grande parte dos estudos realizados em idosos (LEMASNEY & MURPHY (1984); MacENTEE e col. (1987) ANGELILLO e col. (1990); MERELIE & HEYMAN (1992); JOKSTAD e col. (1996); FRARE e col. (1997) citados por CARNEIRO (2001), como também neste estudo, participam mais pessoas do gênero feminino do que do masculino. A presença de mulheres (87,9%) foi maior do que de homens (12,1%). Uma das possíveis causas das mulheres terem superado os indivíduos do sexo masculino neste estudo, é que as mulheres têm expectativa de vida superior aos homens.

Isto reflete os estudos de projeção da população para 2021 em todo o Distrito Federal, onde o sexo feminino tem expectativa de vida superior ao masculino (SOBRAL, 1999).

Desta maneira pesquisas em grupos de terceira idade há uma tendência maior de participação do sexo feminino (LEAL, 2000; SILVA, 2005). Este estudo está de acordo com os resultados dos estudos acima citados, onde há uma maior participação do sexo feminino em pesquisas de grupos de Terceira Idade.

RAMOS e col. (1987) atribuem a maior quantidade de mulheres em investigações com pacientes idosos ao fato que há a alguns anos, mesmo exercendo atividades profissionais, elas eram poupadas do desgaste físico e mental; desgaste muitas vezes estressantes de algumas dessas atividades a que os homens eram submetidos.

Quando comparamos as três dimensões do GOHAI com os gêneros masculino ou feminino, o teste do Qui-quadrado não mostrou evidências de associação entre as variáveis.

### **6.3.3- Estado Civil**

RODRIGUES (2005) num estudo realizado em Piracicaba, faz associação entre baixos valores do GOHAI e o estado civil. Afirma que um dos fatores de risco para baixos valores do GOHAI foi ter estado civil solteiro, ou seja, pessoas solteiras ou que moravam sozinhas apresentavam baixa percepção de saúde bucal.

Diferentes dos achados de RODRIGUES (2005) nos resultados desta pesquisa, com relação às três dimensões do GOHAI e o estado civil, não houve associação mesmo havendo um maior índice de casados (37,1%) e viúvos (35%) do que solteiros e divorciados (10%).

### **6.3.4- Nível de Escolaridade**

A baixa escolaridade das pessoas idosas pode ser justificada por diversos fatores. Um deles pode ser devido ao fato de que apesar de morarem em um local de classe média (SOBRAL,1999) onde há alguns anos atrás, não havia muita oportunidade de educação formal principalmente no que concerne ao sexo feminino. Mesmo com baixo nível de escolaridade ou instrução (65,7%) dos pesquisados têm a 4ª série do ensino fundamental, os idosos conseguiram analisar favoravelmente sua condição de saúde bucal.

Não houve evidências de associação entre as três dimensões do GOHAI e o nível de escolaridade dos idosos.

## **6.4- Condições Clínicas das Próteses Totais**

### **6.4.1- Saúde Geral**

As pessoas mais idosas tendem a apresentar mais doenças sistêmicas do que as gerações mais jovens. Seguindo esta tendência neste estudo, verificou-se a prevalência de doenças sistêmicas em 86,4% dos pacientes, sendo que 77,9% fazem uso de medicamentos. Quase 10% desses idosos ainda tentam soluções paliativas, não procurando assistência médica especializada ainda que tenham algum acesso a ela.

Os problemas de saúde mais citados nesta pesquisa foram hipertensão, seguida de problemas cardiovasculares e osteoporose, coincidindo com os dados de FRARE (1997); GOIATO e col. (2003).

Outro fator que é comum entre pessoas idosas, devido a apresentarem mais doenças, é que há propensão a maior ingestão de medicamentos do que nas faixas etárias mais jovens. Isto pode levar a um aumento considerável da ocorrência de efeitos adversos das drogas utilizadas, bem como daqueles devidos ao uso dos diversos medicamentos usados concomitantemente (PAUNOVICH et al., 1994).

MONTENEGRO & PEREIRA (2002) citados em BRUNETTI e col. (2002) estudaram cerca de 440 substâncias farmacológicas, de uso comum no terceira idade.

Puderam observar dentre os efeitos colaterais com implicações na cavidade bucal a cicatrização retardada, xerostomia, estomatites, ulcerações e aftas, zumbidos na região auricular, alterações do paladar/olfato, incômodo na deglutição, aumento do reflexo faríngeo, candidíase, líquen plano, aumento do volume da língua e queimação sublingual, movimentos involuntários da face e musculatura peribucal.

Também foi observado nesta pesquisa que vários desses sintomas foram relatados pelos pacientes que usavam medicamentos. Grande parte deles se queixava de "boca seca", "queimação" ou "ardência". Assim como HEFT et al. (1984); BRAGA e col. (1997); MOSEGUI (1999) citados por MELLO (2005), afirmam que a terapia farmacológica da hipertensão pode acarretar efeitos colaterais no meio bucal, e a xerostomia talvez seja o mais significativo deles. HEFT(1984) afirma ainda, que a xerostomia que acomete cerca de 47% dos idosos acima de 65 anos pelo uso de alguma medicação, não ocorre em idosos saudáveis.

A Hidroclorotiazida (HCTZ) e a Furosenida são os dois diuréticos mais consumidos pelos idosos desta pesquisa, e segundo STRECKFUS et al. (1994) citados por MELLO (2005) são usados para diminuir o volume cardiovascular, ambos com possibilidade de alterar a

função salivar. Sem a película de saliva, é extremamente difícil manter a prótese em posição. Além da perda de retenção, há maior chances de lesões nos tecidos moles, mesmo com próteses bem adaptadas.

É importante ressaltar que mesmo sendo portadores de próteses totais, alguns dos idosos pesquisados tinham dentes remanescentes com cárie ativa, podendo ser um indicador de problemas cardiovasculares em pessoas idosas acima de 70 anos, o que nesta pesquisa correspondeu 44,3% do total.

Outra doença comum dos idosos é a osteoporose, embora a correlação com as arcadas dentárias não esteja completamente elucidada.

Autores como LAROCCA & JAHNIGEN (1997) citado por GOIATO e col. (2003) afirmam que estudos de densitometria mostraram que uma diminuição da densidade óssea da mandíbula está associada a decréscimo de massa óssea esquelética em pacientes com osteoporose. Nos grupos onde foi realizada esta pesquisa, notou-se a osteoporose ser prevalente e foi observado uma preocupação constante na prevenção da osteoporose, seja pela alimentação ou por exercícios físicos.

#### **6.4.2- Saúde Bucal**

Assim como a saúde geral, a condição clínica da cavidade bucal pode ter efeitos na autopercepção dos indivíduos. O estado de saúde bucal pode influenciar na qualidade de vida das pessoas. A qualidade de vida está relacionada com a capacidade das pessoas de desenvolver importantes e corriqueiras funções na vida (SHEIHAM et al., 2001). Nesta pesquisa, a ausência de saúde bucal pode afetar estas funções.

A principal justificativa para a perda dos dentes, foi a doença bucal (cárie). A maioria (67,9%) deu mais importância à função do que a estética. Os resultados desta pesquisa no que concerne à função e aparência estão de acordo com os de FAJARDO (2002) que relatou que os pacientes se preocupam mais com a mastigação e menos com a estética.

Os resultados desta investigação foram semelhantes ao estudo de FRARE (1997), que mostraram que uma maioria dos idosos (51,7%) usavam a prótese total há mais de 20 anos. E uma vez instalada a prótese os pacientes não retornavam para novas consultas, sendo que na maioria das vezes, isso foi antes de alcançarem a terceira idade. Neste estudo, um número ainda maior de pesquisados (75,7%) usam prótese há mais de 20 anos, sendo que 20,7% dos pesquisados nunca trocaram a prótese. Talvez a razão para as pessoas não procurarem o

sistema de saúde, para avaliações periódicas seja devido a limitações econômicas, motivacionais e educacionais.

Pouco mais da metade dos pesquisados (57,1%) diz escovarem a prótese e o rebordo mais de três vezes ao dia; porém os dados fornecidos não coincidiram com o estado de saúde bucal encontrado. Próteses mal higienizadas, com presença de tártaros, manchas e restos alimentares foram freqüentemente encontrados. Assim como nesta pesquisa, PIETROKOVSKI (1995) citado por MARQUES DE BRITO & VELOSO (2002) relata que a maioria dos pacientes idosos portadores de prótese não fazem sua higiene correta. Acrescenta ainda que tanto institucionalizados quanto não-institucionalizados os idosos demonstraram uma grande carência de informações quanto à higienização bucal. MONTENEGRO (1989) afirma que a limpeza dos rebordos é importante para evitar a reabsorção óssea sob as bases das próteses totais. Com a reabsorção óssea, como ressalta BRAGA (2002) a dimensão vertical fica alterada ocasionando problemas de retenção e estabilidade.

A falta de higiene bucal também ocasiona a presença da placa bacteriana na superfície da prótese, que pode ser associada à presença da estomatite protética (FELTRIN, 1993) o que nesta pesquisa foi um achado em mais da metade dos pesquisados.

Acreditamos que tanto pela falta de informações quanto por alguma dificuldade motora, não ocorreu a higienização adequada. No exame clínico dos idosos pesquisados 57,1% apresentavam estomatite relacionada ao uso de prótese.

Como houve uma porcentagem semelhante (57,1%) entre aqueles que diziam escovar a prótese e o rebordo mais de três vezes ao dia, e os portadores de estomatites relacionadas à prótese, pode-se supor que houve uma motivação dos idosos para não fugir de respostas que fossem corretas. Para não fugir do que julgavam apropriado, os pesquisados responderam ao que lhes pareceu mais adequado, contrariando os dados clínicos da pesquisa. Supõe-se que nesta pesquisa houve a chamada desejabilidade social.

Um outro fator que pode causar a estomatite relativa ao uso de prótese, seja a grande porcentagem de idosos (76,4%) não removerem a prótese para dormir. Segundo GRANT et al. (1996) citados por MELLO (2005), as próteses não devem ser usadas à noite para permitir que os tecidos se recuperem do trauma físico do contato com os aparelhos, recebam um pouco de estímulo da língua, do contato benéfico com a saliva, e sejam liberados do contato com a placa e detritos do aparelho. MARQUES DE BRITO & VELOSO (2002) ressaltam que infecções fúngicas são constantemente observadas em pacientes que não têm o hábito de

remover as próteses para dormir. O paciente se queixa de "coceira" e "gosto amargo" na boca, o que pôde ser constatado nesta pesquisa.

A questão estética no sentido de não remover a prótese para dormir ainda é predominante. Principalmente pacientes do sexo feminino dormem com a prótese. O que foi observado nesta pesquisa era que a maioria dos idosos pertenciam ao sexo feminino, além de não ter conhecimento da necessidade de remoção da prótese para dormir.

Nesta investigação, a maioria dos pesquisados (52,1%) relataram que não quebraram a prótese. Dentre os que quebraram a prótese, o mesmo número de pessoas procurou o dentista para tratamento ou resolveu o problema por si, o que é um fato muito preocupante.

Constatou-se que os idosos não têm o hábito de freqüentar regularmente o profissional. Geralmente procuram o dentista, quando ocorre fratura e há a necessidade de substituição da prótese. Certamente o aspecto financeiro, além da falta de orientação seja o maior responsável pela recusa em procurar o profissional.

Segundo os pesquisados, se tivessem condições financeiras, eles trocariam a prótese após 5 anos de uso. Com o decorrer do tempo, as próteses vão ficando mais soltas, devido à reabsorção do rebordo alveolar, havendo também o desgaste dos dentes o que leva à diminuição da dimensão vertical de oclusão, ocasionando dores na articulação temporomandibular e queilites labiais. Assim como FREITAS e col. (1997), consideramos importante conscientizar os usuários de que o tratamento reabilitador protético não está completo com a inserção das próteses, mas exige visitas periódicas ao consultório para a manutenção.

No exame dos tecidos da mucosa bucal, as alterações mais freqüentes nesta investigação foram a estomatite protética, queilite angular e a hiperplasia protética. Resultados estes, semelhantes ao de BUDTZ-JORGENSEN et al. (1996a) citados por MARQUES DE BRITO & VELOSO (2002), que relataram que a estomatite protética é bastante comum em idosos e pode estar associada a quadros de queilite angular e candidose. Esse mesmo autor classifica as lesões associadas ao uso de dentaduras em agudas e crônicas. Neste estudo, corroborando o estudo acima citado, a estomatite protética foi encontrada em 57,1% e a queilite angular em 19,3% dos pesquisados.

TURANO & TURANO (1998), indicam que a placa do lado interno da superfície da dentadura é inquestionavelmente o maior fator etiológico da patogenia de estomatite, hiperplasia inflamatória e candidíase.



Com este quadro, torna-se questionável a afirmação de que 57,1% dos pesquisados higienizam a prótese mais de 3 vezes ao dia. Reafirmamos a necessidade de orientação e educação preventiva em saúde bucal.

A hiperplasia no palato, devido ao uso de dentaduras com câmara de sucção ainda é um achado constante, como encontrado nesta pesquisa em quase 18% dos pesquisados.

A maioria dos pesquisados deste estudo (92,1%) apresentou uma espessura normal da bochecha, ressaltando afirmação de TAMAKI (1988) que atribui um papel muito grande à ação das bochechas na retenção de uma dentadura completa. A espessura e consistência da bochecha assim como a interferência de músculos durante a abertura e fechamento da boca são fatores a se considerar no planejamento de uma prótese.

Quanto à fibromucosa de revestimento, em 26,4% dos idosos desta pesquisa apresenta-se com a consistência flácida, oferecendo dificuldades para a retenção das dentaduras, estando de acordo com os resultados da pesquisa desenvolvida por CIANCIO et al. (1981); PIMENTEL et al. (1972) citados por GOIATO e col. (2004). Esses autores consideram que tanto fibromucosa de pouca resiliência como a flácida, trazem dificuldades para a retenção das próteses totais.

BRUNETTI e col. (2002) afirmam que com o passar dos anos, há um aumento significativo do volume da língua em pessoas idosas, sendo que 9,09% das drogas usadas por esses idosos podem induzir esse aumento. Um volume excessivo da língua pode dificultar moldagens e a adaptação das próteses totais inferiores. Embora mais da metade dos idosos nesta pesquisa tenham entre 60 e 70 anos e façam uso de medicamentos principalmente para hipertensão arterial e problemas cardiovasculares, o tamanho clínico da língua (75,7%) foi considerado normal.

Pouco mais da metade dos pesquisados (54,3%) apresentaram tanto a quantidade quanto a viscosidade da saliva normais.

Segundo TAMAKI (1988) a retenção da dentadura é diretamente proporcional à viscosidade da saliva do paciente e a tensão superficial da saliva favorece a força de adesão e aumenta a retenção da base da prótese. Desta maneira, mais da metade desta população possivelmente tem prótese com mais retenção. No entanto, 30,7% dos pesquisados tinham saliva espessa afetando a adesão e conseqüentemente a retenção, pois a presença da saliva espessa promove um efeito de cisalhamento que tende a deslizar para a base da prótese (TURANO & TURANO, 1998).

MONTENEGRO citado por BRUNETTI e col. (2002) concluíram em um estudo que de 440 grupos farmacológicos que 36,6 causavam a "boca seca". A boca seca ou xerostomia é apontada como um dos problemas mais freqüentes nessa faixa etária.

Os medicamentos freqüentemente mais consumidos pelos idosos nesta pesquisa, são os anti-hipertensivos, os agentes cardiovasculares que estão associados a efeitos de inibição do fluxo salivar. Foram freqüentes os sintomas relatados de "boca seca ou ardência". Segundo dados de uma pesquisa realizada por HEFT et al. (1984) citados por MELLO (2005), a xerostomia acomete cerca de 47% dos idosos acima de 65 anos pelo uso de medicação.

A maioria dos pesquisados (71,4%) são pacientes receptivos ao uso de prótese. Segundo SEGER (1998) citado em FAJARDO (2002), a conduta do paciente frente ao trabalho clínico influi no contexto terapêutico. Durante a realização da pesquisa, assim como o achado de SEGER, os indivíduos com atitude negativa apresentaram maior dificuldade em adaptar-se a reabilitação protética.

## **6.5- Condições Clínicas Funcionais das Próteses Totais**

### **6.5.1- Retenção e Estabilidade**

Na análise das condições funcionais das próteses, neste estudo, usou-se dois critérios descritos por CARLSSON et al. (1967) citado por BRAGA (2002) que foram a estabilidade e retenção. A retenção e estabilidade vão determinar a condição fundamental da prótese total, a função mastigatória (TAMAKI, 1988).

Retenção é propriedade da prótese de resistir às forças de deslocamento gengivo-oclusal, enquanto que estabilidade é a propriedade da prótese de resistir às forças de deslocamento horizontais (TAMAKI, 1988). Retenção e estabilidade são propriedades físicas que permitem testar o quanto as próteses estão substituindo a condição clínica funcional.

Segundo OLIVEIRA (1999), que também avaliou a retenção e estabilidade estáticas como preconizado por TAMAKI (1988), retenção e estabilidade são dois fatores altamente interdependentes e inter-relacionados. Nesta pesquisa, da mesma forma, foram realizados testes de estabilidade, de retenção horizontal, de retenção vertical e de teste de retenção lateral tanto para próteses superiores como para as inferiores.

TURANO & TURANO (1998) descrevendo os fatores físicos de estabilidade das próteses, ressalta a importância da pressão exercida pela bochecha e lábios sobre a superfície

vestibular nas próteses, tanto a superior como a inferior, atuando para melhorar a estabilidade das próteses ou não.

Assim como os resultados de MONTENEGRO (1989) em BRUNETTI e col. (2002), nesta investigação foi comum o relato dos pacientes não retornarem ao profissional para fazer controles periódicos em próteses totais. Essa falta de orientação pode acarretar uma inapropriada adaptação da base da prótese, e contatos oclusais alterados levando a um conseqüente abandono do uso da prótese inferior. Seja por falta de informação, conhecimento, de condição financeira ou prótese inadequada os idosos pesquisados relataram que acabam por deixar de usar a prótese inferior. Isto pode levar a uma reabsorção acentuada principalmente de mandíbula ( 97,1%) e maxila (72,1%). A arcada inferior é a que sofre maior reabsorção com o passar dos anos.

MONTENEGRO (1989) afirma ainda que as conseqüências mais evidentes disso são a perda da Dimensão Vertical de Oclusão, problemas na Articulação Temporo-Mandibular e perda acentuada da eficiência mastigatória.

O uso adequado dos aparelhos protéticos contribui para a manutenção dos rebordos alveolares e gengivas sadias (MOREIRA e col. 2000).

No presente estudo, a grande maioria dos idosos pesquisados (96,4%) apresentaram-se com inserções musculares normais, ressaltando a afirmação de (TURANO & TURANO, 1998) de que os músculos com sua ação integrada pelo sistema nervoso, desempenham a maior ação na retenção. Além dos músculos da mastigação, da deglutição, também os músculos da mímica atuam na retenção. Da postura muscular para a determinação da distância vertical depende o aspecto e a função das próteses totais, influenciando na comodidade ou no desconforto do paciente.

A maioria dos pesquisados (61,4%) apresentaram movimentos mandibulares livres e coordenados, e como afirma (PIMENTEL et al.1972) citado por GOIATO (2004), as pessoas que apresentam domínio muscular terão mais facilidade para usar as próteses, assim como maior capacidade de adaptação às mesmas

TAMAKI (1988) ressalta que o conhecimento das características dos movimentos de abertura e fechamento, assim como os de lateralidade são importantes na confecção da prótese que mais se adapte do pontos de vista fisiológico e anatômico.

A retenção e estabilidade dinâmicas foram avaliadas de forma subjetiva, isto é, dependia do relato dos pacientes quanto à resistência ao deslocamento das próteses durante as funções do sistema estomatognático. Na entrevista sobre a movimentação das próteses totais

no que concerne a retenção e estabilidade dinâmicas, os resultados foram positivos. Os pesquisados relataram que não havia movimentação da prótese durante a mastigação (55,7%); durante a fala (69,3%) ; durante a deglutição (87,9%); durante a respiração (91,7%); durante o sorriso (70%); durante o repouso (97,9%)

Assim como no estudo de FISKE (1990), também nesta pesquisa, os idosos tiveram sua avaliação de saúde bucal comprometidas com a função mastigatória e o conforto. Fatores como conforto durante a alimentação, fonética e bem estar social, foram determinantes na avaliação positiva da saúde bucal. Quando os idosos conseguiam exercer as funções do Sistema Estomatognático ou seja, a funcionalidade da prótese, eles se avaliavam melhor.

No exame sobre a movimentação das próteses no aspecto de retenção e estabilidade estáticas, o teste foi satisfatório para 62,1% dos pacientes na região anterior. Já na região dos pré-molares direitos e esquerdos observou-se que se deslocavam com facilidade e que a reabilitação mastigatória destas pessoas não era adequada. O teste foi insatisfatório para 63,6% na região de pré-molares direitos e de 62,9% para os esquerdos.

Ao avaliar a retenção estática, pode-se observar que a presença dos dentes anteriores da prótese sem que haja deslocamentos é fundamental para o paciente, pois o deslocamento da prótese causa inibição do sorriso com diminuição da auto-estima. Segundo WOLF (1998) quando se restauram as funções do sistema estomatognático, recupera-se também a socialização e a motivação.

#### **6.6- Avaliação da Autopercepção - Indicador sócio-dental GOHAI**

Os indicadores sócio-dentais medem saúde bucal relacionada com qualidade de vida (SHEIHAM, 2001). Indicadores possuem um sentido mais amplo dos que os índices (PINTO, 2000) e são fundamentados na relação entre condição de saúde bucal e qualidade de vida (PINTO, 2003).

Desta maneira, os indicadores subjetivos não devem ser usados para diagnosticar doenças ou no lugar do exame clínico, mas para complementar as informações clínicas tanto individualmente como em populações e possibilitar ações de saúde, como na população idosa.

Os indicadores sócio-dentais são instrumentos que permitem coletar informações sobre autopercepção em relação a saúde bucal.

Entre os indicadores desenvolvidos nos últimos anos, o GOHAI tem sido amplamente utilizado. Já foi aplicado em vários tipos de populações como jovens e idosos, brancos, negros americanos, hispânicos, grupos de baixa renda (ATCHISON, 1997).

O GOHAI além de fazer uma avaliação ampla das condições de saúde bucal, permite sua utilização tanto em estudos epidemiológicos quanto na prática diária clínica. Sua análise de confiabilidade também já foi testada em vários estudos sobre autopercepção de saúde bucal confirmando ser um indicador qualificado para ser aplicado neste estudo restrito a idosos portadores de próteses totais. Conforme já foi mencionado, este índice tem 8 itens específicos para pacientes reabilitados com próteses totais.

Nesta investigação o indicador GOHAI mostrou-se um meio eficiente e confiável de se obter informações sobre os problemas de saúde bucal para essa população. Para medir a eficiência do GOHAI foi aplicado o teste estatístico Cronbach's Alpha que é baseado na correlação de todas as perguntas do questionário e avalia o grau de consistência e homogeneidade entre as perguntas. No trabalho de desenvolvimento do indicador GOHAI, o teste teve resultado de 0,79 e no presente estudo foi de 0,78. Valores acima de 0,6 significam adequada fidedignidade do questionário (BAGOZZI, 1994) citado por SILVA (1999). Assim, esse indicador parece funcionar como um instrumento de medida de satisfação dessa população em relação à condição clínica funcional das próteses totais.

Nesta pesquisa, além do indicador GOHAI, foi feito um exame clínico e entrevista dos participantes com a finalidade de fazer uma ampla avaliação das condições de saúde bucal das pessoas idosas nas três dimensões propostas pelo GOHAI tais como:

- problemas físicos (alimentação, fala e deglutição);
- problemas psicológicos (preocupação, consciência e auto imagem da saúde bucal);
- dor ou desconforto.

A autopercepção de saúde bucal da amostra (GOHAI) foi positiva, com 39,3% dos examinados avaliando sua condição com alta percepção e 29,3% consideraram sua percepção como moderada. A média do GOHAI para os idosos entre 60 e 70 anos teve pontuação de 31,43. A pontuação para os idosos acima de 70 anos foi um pouco maior, de 31,95. Quase 70% do total dos idosos examinados, tiveram alta ou moderada percepção de saúde bucal. Apenas 31,4% dos examinados tiveram baixa percepção.

As três dimensões do GOHAI avaliadas foram:

Física/Funcional

Psicológica /Psicossocial e

Dor /Desconforto

Em relação à dimensão física/ funcional, como alimentação, mastigação, fala e deglutição os idosos se auto-avaliaram de maneira positiva. Dentre os idosos 73,6% dos pesquisados afirmaram exercer essas funções sem limitação. Ter próteses totais que possibilitem exercer essas funções foi considerado ter boa saúde bucal.

Com relação à dimensão psicossocial/psicológica, os idosos pesquisados responderam também de maneira positiva (79,3%) em relação a preocupação ou cuidados com a própria saúde bucal, em ter satisfação com a própria aparência, ter autoconsciência com a saúde bucal e a não limitar os contatos sociais devido a problemas com as próteses.

Mesmo com o aparelho protético não estando em boas condições de uso e com uso contínuo durante anos, além da falta de conhecimentos, a dificuldade financeira somando-se a fisiológica de se repor a prótese, e ainda com debilidade, há uma tendência dos idosos em minimizar os problemas em relação à dimensão psicológica. Se a aparência é satisfatória e a prótese não está quebrada, não há alteração nos contatos sociais. Há uma tendência nas pessoas de, se estiverem mais satisfeitas com a aparência dentária elevarem a auto-estima e consequentemente avaliarem melhor a sua condição bucal

SHEIHAM (2001) ressaltou que o estado bucal de uma pessoa pode afetá-la também psicologicamente e influenciar o seu modo de vida; como se vê, a sua auto-estima e o sentimento de bem estar social.

Com relação à dimensão dor ou desconforto, os idosos pesquisados responderam de maneira positiva a comer sem desconforto (82,9%), a não necessitar usar medicamentos para aliviar dores, a não sentir desconforto ao se alimentarem em ambiente social e nem terem sensibilidade com as próteses totais. Corroborando os estudos de KIYAK(1993), também nesta pesquisa, o leigo percebe uma condição bucal ruim somente quando há presença de dor, desconforto no uso de próteses ou alguma alteração estética que altere a sua aparência.

Quando foram feitas comparações entre as três dimensões do GOHAI, verificou-se uma associação entre elas. Pessoas com baixa percepção física/funcional, tendem a ter baixa percepção psicológica/psicossocial ou vice-versa.

Também existiu associação entre a dimensão psicológica/psicossocial e dor ou desconforto, ou seja, nesta pesquisa os idosos com baixa percepção no aspecto de dor ou desconforto tendiam a ter baixa percepção psicológica/psicossocial ou vice-versa..

Entre a dimensão física/funcional e a dimensão de dor/ desconforto existiu associação, ou seja, nesta pesquisa os idosos com alta percepção no aspecto físico/funcional tinham tendência a ter alta percepção em relação ao aspecto de dor/ desconforto ou vice-versa.

Assim como MacENTEE (1996), nos grupos pesquisados neste estudo, concluiu-se que os idosos apresentaram uma perspectiva positiva de saúde bucal na qual o contexto social de saúde foi tão influente como os determinantes psicológicos do conforto. COSTA & TEIXEIRA (1999) afirmam que percepção subjetiva de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde são conceitos afins centrados na avaliação pessoal, e ligados à capacidade do indivíduo viver plenamente em relação ao seu espaço social.

Neste estudo, corroborando os estudos sobre autopercepção de SMITH & SHEIHAM (1980); SLADE & SPENCER (1994), a percepção mostrou estar relacionada com alguns fatores clínicos tais como movimentos mandibulares livres e coordenados, fatores subjetivos como capacidade da pessoa em sorrir, falar ou mastigar sem problemas com suas próteses.

Para os idosos foram importantes os fatores funcionais que promovem a eficiência mastigatória. Usar a prótese para mastigar, falar, sorrir, conseguir ter movimentos coordenados, assim como a saliva para promover coesão adequada foram requisitos importantes na autopercepção da saúde bucal. Nos testes de retenção e estabilidade dinâmicas, e de retenção e estabilidade estáticas, os resultados foram positivos para a região anterior das próteses. Já os testes de retenção e estabilidade estática para a região dos pré-molares não foram satisfatórios.

De maneira geral, estudos como os de REISINE & BAILIT (1980) mostraram que as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão, porém usando critérios diferentes do profissional, o que também ocorreu com os idosos pesquisados nesta investigação.

### **6.7- Correlação entre autopercepção de saúde bucal (GOHAI) com as condições clínicas das próteses totais**

Vários estudos, assim como o de CARNEIRO (2001) deixam de medir a saúde bucal apenas pelo aspecto quantitativo, para incorporar instrumentos qualitativos. Assim também nesta pesquisa, comparou-se os dados obtidos pelo profissional através do exame clínico e de uma entrevista, com a autopercepção do paciente idoso sobre sua condição bucal.

Além de avaliar a concordância entre os dois métodos, procurou-se obter informações sobre os fatores que podem influenciar o paciente na sua avaliação.

Algumas associações entre o indicador GOHAI e o exame clínico resultaram em comparações como a retenção e estabilidade dinâmicas (mastigação, fala, sorriso, movimentos mandibulares livres e coordenados), estabilidade estática (teste de retenção na região anterior) e quantidade e viscosidade da saliva. A função foi o fator predominante para a autopercepção positiva da saúde bucal.

Assim como avalia FISKE (1990) citado por OLIVEIRA (2001) também neste estudo, a população dos idosos pesquisados além de ter necessidades de atenção à saúde bucal, tinha a expectativa comprometida na função e conforto.

Os resultados mostraram que o indicador esteve associado a variáveis clínicas. Ter fluxo e viscosidade salivar adequados, ter movimentos mandibulares livres e coordenados, conseguir mastigar, falar, sorrir sem que a prótese se deslocasse, ter prótese com estabilidade na região anterior foi, de maneira significativa, relacionado a boa pontuação do indicador (boa condição bucal). TAMAKI & TAMAKI (1992), citado por OLIVEIRA (2001) referem-se, assim como nesta investigação que alguns fatores como a qualidade funcional, a estética e o bem-estar psicossocial são fatores determinantes da satisfação do paciente.

Segundo SHEIHAM et al. (2001) a qualidade de vida está relacionada com o quanto as pessoas são capazes de desenvolver funções importantes e corriqueiras na vida. Neste aspecto, a boca contribui significativamente para a qualidade de vida.

AWAD & FEINE (1998) citados por FAJARDO (2002) demonstraram em estudo que a satisfação do paciente com sua prótese relacionava-se a diversos fatores como a habilidade para mastigar, falar, conforto, retenção, estética. Os mais preocupados com a funcionalidade da prótese total, tinham a satisfação com sua dentadura em maior grau, mesmo que a prótese total equivalêsse a apenas 20% da eficiência mastigatória dos dentes naturais (TAMAKI,1988).



O grupo, como um todo, apresentou um valor considerado de moderado a alto com relação ao GOHAI (acima de 31), o que corresponde a uma percepção positiva das condições de saúde bucal. Com uma porcentagem elevada de alterações da mucosa bucal, como a estomatite protética, com falta de adaptação na região dos pré-molares, com próteses desajustadas e inaceitáveis clinicamente, a realidade das condições clínicas mostrou-se diferente da autopercepção. Outros estudos confirmam dados como os de SILVA (1999); JOKOVIC & LOCKER (1997) e MATHIAS et al. (1995), ou seja, como um número elevado de indivíduos portadores de próteses, se sentem incomodados apenas com a mastigação.

Ocorre, como afirma BRUNETTI e col.(2002) que a prótese dentária ultrapassa a simples condição de reposição de dentes, já que é integradora familiar, integradora social, mantenedora da saúde geral e de elevação da expectativa de vida. Permite ao idoso, muitas vezes, o resgate da cidadania.

Concluindo-se, observa-se que como em outros estudos (BERGMAN & CARLSSON, 1985) existe uma discrepância entre a satisfação dos pacientes com as próteses totais e a análise clínica quanto à função das mesmas. A autopercepção revelou que o paciente avalia sua condição bucal com critérios diferentes do profissional, levando em consideração principalmente fatores dolorosos ou incômodos e estéticos. Segundo REISINE & BAILIT (1980), para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das condições bucais.

## 6.8- Considerações finais

A saúde bucal não se restringe apenas aos dentes nem a rebordos edentados, e sim a um conjunto de estruturas que podem sofrer alterações com danos e agravos à saúde geral do indivíduo. Uma boca saudável pode melhorar a qualidade de vida dessa população idosa.

Torna-se importante assim, a priorização da qualidade de vida, pois da saúde bucal depende o bem estar e a interação social do idoso.

As necessidades odontológicas dos idosos são importantes e amplas. Dados de estudos epidemiológicos podem mostrar a história de vida/saúde e o tipo de atenção recebida em todas as fases da vida.

Nem sempre o que o clínico acredita ser de qualidade e adequado segundo os critérios técnico-científicos, é o que realmente necessita o paciente idoso.

O diagnóstico das condições de saúde desse grupo populacional tem sido tradicionalmente realizado apenas por indicadores numéricos, e a determinação das necessidades de saúde aferida apenas do ponto de vista normativo. Esta postura ignora aspectos sócio-comportamentais importantes, fazendo-se, então, necessária a inclusão da autopercepção de saúde em estudos. Esse conhecimento possibilita a elucidação de valores atribuídos e o significado conferido pelas pessoas à sua saúde.

Estudos de autopercepção em saúde permitem a participação efetiva da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, incluindo a saúde bucal.

KIYAK (1993) observou em um estudo que a predição mais poderosa da utilização de serviços odontológicos são a necessidade percebida e as atitudes frente aos cuidados bucais.

Há também a necessidade dos profissionais da Odontologia se conscientizarem de que têm havido mudanças demográficas e é preciso aumentar o conhecimento sobre o envelhecimento. Formar indivíduos capacitados a lidar com essa faixa etária da população torna-se imprescindível.

Na interpretação dos resultados desta pesquisa, houve diferença entre a percepção de saúde bucal medida pelo GOHAI e pelo método normativo. No entanto, as duas formas de avaliação se completam. Os indicadores sócio-dentais possuem um sentido mais amplo, com informações qualitativas que devem ser usadas como um instrumento de avaliação que complementa as informações clínicas, possibilitando identificar pessoas ou populações que necessitem de ações curativas, preventivas ou educativas.

Sobretudo neste estudo, onde os indivíduos pesquisados são portadores de próteses totais, problemas como o edentulismo podem ser melhor compreendidos quando essas pessoas são também auto-dagnosticadas e suas opiniões consideradas (PINTO, 2000).

## 7-CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos e as análises realizadas neste estudo concluiu-se que:

- A condição clínica funcional ( retenção e estabilidade) em um numero maior de idosos foi satisfatória quanto às funções do sistema estomatognático. Já em repouso, as condições clínicas das próteses totais foram satisfatórias apenas na região anterior.
- A autopercepção das condições de saúde bucal (GOHAI) foi moderada (31,43) para os idosos de 60 a 70 anos e para os idosos com idade acima de 70 anos foi de 31,95.
- A autopercepção esteve associada às condições clínicas funcionais das próteses na mastigação, fala, sorriso, nos testes de retenção e estabilidade estáticas na região anterior, nos movimentos mandibulares, além da quantidade e viscosidade de saliva.

## 8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATCHISON, K. A .; DOLAN, T.A . Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**, vol. 54, n.11, 1990.
2. ATCHISON, K. A . The General Oral Health Assessment Index (The Geriatric Oral Health Assessment Index), in: SLADE, G. D. (Ed) **Measuring oral health and quality of Life**. University of North Carolina, School Dentistry, p.71-80, 1997.
3. BAUN, B. J. The Dentistry-Gerontology Connection. **Journal Amer. Dent. Ass** v.109, p. 899 - 900, 1984.
4. BERGMAN,G.; CARLSSON,G.E.; ERICSON, S. Effect of Differences in Habitual Use of Complete Dentures on Underlying Tissues. **Scand. J. Dent. Res.**, v.79, n.6, p. 449-460, 1971.
5. BERGMAN,B.; CARLSSON G.E.; Clinical Long-Term Study of Complete Denture Weares. **J. Prosthet Dent**, St. Louis, v.53, n.1, p. 56-61, jan.1985.
6. BORGONOVI, N. e col. Biologia e Teorias do Envelhecimento. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia**, São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.44.
7. BOUCHER, C. O .**Protesis para El Desdentado Total**, Buenos Aires, Ed. Mundi., 7. Edição, 610 p. 1977.
8. BRAGA, S.R.S. e col., Avaliação das Condições e Satisfação com as Próteses em Idosos da Região Central do Estrado de São Paulo (Brasil). **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, 31(1): 39-48, 2002.
9. BRASIL, **DECRETO Nº 1948-QUE REGULAMENTA A POLITICA NACIONAL DO IDOSO** Brasília, de 03 de julho de 1996.

10. BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C. E. Odontologia Geriátrica no Brasil: Uma realidade para o novo século. **Atual. Ger.**, v. 3, n.15, p.26-29, Mar. 1998.
11. BRUNETTI e col. **A Odontologia no Brasil durante o século XX**, Rosenthal E., São Paulo, Livraria Santos, p. 215-218, 2001.
12. BRUNETTI, R. F. A Odontogeriatrics e o Seu Dia-a-Dia . **Rev. Gaúcha Odontol.**,v.50, n.1, p.58, Jan./Fev./Mar 2002 (Seção : Idéias).
13. BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Prótese Total na Terceira Idade In: **Prótese Total: Procedimentos Clínicos e Laboratoriais**. CUNHA, V.P.P.; MARCHINI, L. Editora Mayo, Curitiba, p. 235-259,2002.
14. BRUNETTI ,R.F. MONTENEGRO,F.L.B. **Odontogeriatrics: Noções de Interesse Clínico**, São Paulo, Ed. Artes Médicas, 500 p., 2002.
15. BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. ODONTOGERIATRIA - Uma nova opção de trabalho no Século XXI. In: CARDOSO, J.A . MACHADO, M.E.L. **Odontologia: Arte e conhecimento**, v.3, p. 440-453, Ed. Artes Médicas, São Paulo 2003.
16. BURNS, D.R. Mandibular Implant Overdenture Treatment: Consensus and Controversy. **Oral Health**, 90(11), p. 45-58, 2000.
17. CAMPOS, F. et al. Índice de Avaliação da Saúde Oral de Idosos (GOHAI) Usuários Da Clínica Odontogeriatrics da FACS/UNIVALE. **Disponível em [www.odontologia.com.br/artigos/geriatrics](http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatrics) . Acesso em 28 de junho de 2006.**
18. CARLSSON, G. E. Clinical Morbidity and Sequelae of Treatment with Complete Dentures. **J. Prosthet. Dent.**, v.79, n.1, p.17-23, Jan. 1998.

19. CARNEIRO, R.M.V. **Saúde Bucal em Idosos Institucionalizados na Cidade de São Paulo: Estudo Epidemiológico e de Autopercepção**. Tese de Mestrado - Faculdade De Saúde Pública da USP). São Paulo, 2001
20. CERVEIRA NETTO, H.; KIMPARA, E.T. Porque as Prótese Totais não Têm Estabilidade? In: FELLER,C.; BOTTINO, M.A.**Atualização na Clínica Odontológica: A Prática da Clínica Geral**. S. I., Artes Médicas, p.317-26, 1994.
21. CORMACK, E.F. Saúde Bucal e Qualidade de Vida do Idoso. Disponível em [www.odontologia.com.br](http://www.odontologia.com.br). Acesso em 15/março/ 2004.
22. CORMACK, E.F. A Saúde Oral do Idoso. Disponível em [www.odontologia.com.br](http://www.odontologia.com.br) Acesso em 8 de março de 2004.
23. COSTA., L. J. et al. Avaliação Clínica e Orientação Terapêutica das Manifestações Fisiológicas e Patológicas da Cavidade Bucal de Pacientes Idosos de São Luís do Maranhão. Disponível em [www.odontologia.com.br/artigos](http://www.odontologia.com.br/artigos). Acesso em 30 de março De 2000.
24. COSTA, M. & TEIXEIRA, M.G.L.C. A Concepção de " espaço" na Investigação Epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abril/jun., p. 271-279, 1999.
25. CUNHA, C.C. e col., Avaliação da Eficiência Mastigatória em Paciente Portador de Prótese Total. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**; 53(3): 214-17, maio-jun.1999.
26. DA PONTE, J. R. e col. Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia**, São Paulo, Editora Atheneu, 2005, pg4.
27. DARNTON-HILL, I. Healthy Aging and the Quality of Life. **World Health Forum**, v.16, p. 335-72, 1995.

28. DOLAN, T.A . ; ATCHISON, K.A . Implications of Access, Utilization and Need for Oral Health Care by the Non-Institutionalized na Institutionalized Elderly on the Dental Delivery System. **J. Dent. Educ.**v.57, n.12, p. 876-887, 1993.
29. DOLAN, T. A . The Sensibility of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J. Dent Education**, 61(1): 36-46, 1997.
30. DOLAN, T.A . et al., Three-year Changes in Global Oral Health Rating by Elderly Dentate Adults. **Com. Dent. Oral. Epidem.**, v.26, p.62-69, 1998.
31. DOUGLASS, C.W. et al., The Validity of Self-reported Oral Health Status in the Elderly. **J. Public. Health Dent**, v.51(4): 220-2, 1991.
32. DUNKERSON, J.A. A Odontologia na Terceira Idade. Disponível em <http://www.odontologia.com.br> .Acesso em 14-03-2004
33. DUNKERSON, J. A . O Atendimento ao Paciente Odonto-geriátrico. Disponível em [Www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html](http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html). Acesso em 15 de março de 2004.
34. ERICKSON, L. Oral Health Promotion And Prevention For Older Adults. **Dent. Clin. Of North Amer.** v. 41, n.4, , p.727-47, 1997.
35. ETTINGER, R.L. Diet, Nutrition, and Masticatory Ability in a Group of Elderly Edentulous Patients. **Austr. J. Dent.** v.18(1), p. 12-19, 1973.
36. ETTINGER, R. L. Geriatric Dental Curriculum and the Needs of the Elderly. **Special Care In Dentistry**,:4 (5): p. 207-213, 1984.
37. FAJARDO, R. S. et al.. Análise das Condições Funcionais e Psicológicas em Pacientes Edêntulos Portadores de Próteses Totais. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte v.38, n.2, p.83-162, abr/jun. 2002.



38. FANTASIA, J.E. Diagnosis and Treatment of Common Oral Lesions Found in The Elderly. **Dent. Clin. North Am.**, v.41(4), p. 877-890, 1997.
39. FRARE, S.:M. et al. Terceira Idade: Quais os problemas bucais existentes? **Revista Da Associação Paulista de Cirug. Dent.** 51(6): .573-6, Nov. / Dez., 1997.
40. FREITAS, K. M. et al. Avaliação do Grau de Satisfação de Pacientes Reabilitados Com Próteses Totais Convencionais. **Rev. Paul. Odontol.** n.6, p. 25-28, 2001.
41. GARCEZ LEME, L. E. et al. A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão Histórica. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia**, São Paulo, Editora Atheneu, p.13. 2005.
42. G.D.F., Governo do Distrito Federal, **A Terceira Idade no Distrito Federal**, 2004.
43. GOIATO et al. Perfil dos Pacientes Geriátricos Portadores de Prótese Total. **Rev. Fac. Odont. Porto Alegre**, 44(1): 43-46, jul.2003.
44. GORDON, S. R. et al. Patient Satisfaction with Current Dental Condition Related To Self-Concept and Dental Status. **J. Prosthetic Dent.** 59(3), p.323-326, 1988.
45. I.B.G.E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil terá 25 milhões de Idosos em 2020. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 13.04.2004.
46. JOKOVIC, A .; LOCKER D.; Dissatisfaction with Oral Health Status in na Older Adult Population. **J. Public. Health Dent.** v.57, p. 40-47, 1997.
47. JONES, J. A . et al., Comparison of Patient-based Oral Health Outcome Measures. **Qual. Life Res.** v.13 (5): 975-85, Jun./ 2004.
48. JORGE J.H. e col., Oclusão Lingualizada Para Próteses Totais. **R.G.O .**, 51(2):105-111 2003.

49. KINA, S. e col. O Ensino da Estomatogeriatria no Brasil: A experiência de Maringá. **Revista Odontol Univ. São Paulo**, v.10, n.1, p.69-73, 1996.
50. KINA,S. et al. Alterações da Sensibilidade Gustativa no Paciente Idoso. **Rev Atualidades Em Geriatria**, v.3, n.18, p.20-23, 1998.
51. KNAPP, A . Nutrition and Oral Health in Elderly. **Dent. Clin. North. Am.**, v.33(1): 109-125, 1989.
52. KYIAK,H. A.; MULLIGAN, K. Studies of the Relationship Between Oral Health And Psychological Well-Being .**Gerodontics**. 3: 109-112;1987.
53. KRESSIN, N. R. et al. Comparing the Impact of Oral Disease in Two Populations of Older Adults: Application of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J. Public Health Dent.**, 57(4), p.224-232, 1997.
54. LANDIS, JR. & KOCH G.G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. **Biometrics**; 33: 159-174, 1977.
55. LANG, B.R. A Review of Traditional Therapies in Complete Dentures. **J. Prosthet. Dent.** v.72(5), pg. 538-42, 1994.
56. LEAL, M.M.C. **A Saúde Bucal Auto-Percebida por Idosos**: Avaliação dos Pacientes Assistidos no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI-UFPE) no ano 2000, Através do Índice De Saúde Bucal Geriátrico (GOHAI). Tese apresentada à Universidade de Pernambuco para obtenção do grau de Doutor, 2001.
57. LOCKER, D. Utilization of Dental Services by Older Adults in Four Ontario Communities **J. Can. Dent. Assoc.**, 57(11), p.879-886, 1991.

58. LÓPEZ, B. S. G. et. al. Prevalência de Patologia Bucal y de Estructuras Relacionadas En Paciente Geriátrico de la Región I del Estado de México. **Rev. A.D.M.** 52(3): 129-37, Mayo /Jun., 1995.
59. LOVE, W. D. et al., The Etiology of Mucosal Inflammation associated with Dentures. **J. Prosthet. Dent.**, v. 18(6), p. 515-527, 1967.
60. MacENTEE, M. I; GLICK.N.; STOLAR, E. Age, Gender, Dentures and Oral Mucosal Disorders. **Oral Diseases**,4 (1): 32-6, 1998.
61. MANETTA, C. E. et al. Odontogeriatrics: Uma Nova Perspectiva de Trabalho. Disponível em [www.odontologia.com.br](http://www.odontologia.com.br) . Acesso em 20 de Julho de 2004.
62. MARCHINI, L. et al. Prótese Dentária na 3ª Idade. **Revista da Associação Paulista De Cirurgiões - Dentistas**, v.55, n.2, p 83-87, 2001.
63. MARQUES DE BRITO & VELOSO. Lesões Causadas por Próteses Totais Mal Adaptadas em Pacientes Idosos - Relato de casos clínicos. Disponível em [www.odontologia.com.br/artigos](http://www.odontologia.com.br/artigos). Acesso em 31 de maio de 2004.
64. MATTHIAS, R. E. et al. Comparisons Between Dentist Ratings and Self-Ratings of Dental Appearance in An Elderly Population. **Spec. Care Dent.**, 13(2), p.53-60,1993.
65. MATTHIAS, R. E. e t al., Factors Affecting Self-ratings of Oral Health. **J. Public Health Dent.**, v. 55, p. 197-204, 1995.
66. MELLO, H. S. de ALBUQUERQUE. **Odontogeriatrics**, Livraria Santos Editora Ltda. São Paulo, 227 pg., 2005.
67. MINISTÉRIO DA SAUDE, **Projeto SB Brasil 2003, Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003**. Resultados Principais.

68. MOIMAZ, S.A .S. e col., Perfil de Utilização de Próteses Totais em Idosos e Avaliação Da Eficácia de sua Higienização. **Cien. Odontol. Bras.**,v.7(3):72-8, 2004.
69. MOJON, P.; MacENTEE, M .I. Discrepancy Between Need for Prosthodontic Treatment And Complaints in an Elderly Edentulous Population. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 20(1), p. 48-52, 1992.
70. MOLTZER,G. et al., Psychological Characteristics of Dissatisfied Denture Patients. **Community Dent. Oral. Epidemiol.**, v. 24, p.52-55, 1996.
71. MOREIRA & QUELUZ, A Importância da Manutenção da Vida Útil das Próteses em Pacientes da Terceira Idade. **Revista Bras. de Prótese Clínica e Laboratorial**.Ano2, v.2, n.8, 2000.
72. MONTENEGRO, F. L. B.; Conversando sobre Odontogeriatrics. Disponível em **[Http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria/html](http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria/html)**. Acesso em 07 de julho De 2005.
73. MORIGUCHI, Y. Aspectos Geriátricos no Atendimento Odontológico. **Odont. Mod.** v.19,n.4, p. 11-3, Jul./ ago, 1992.
74. NEVALAINEN,M.J. et al. Complete Dentures in the Prosthetic Rehabilitation of Elderly Persons: Five Different Criteria to Evaluate the Need for Replacement. **J. Oral Rehabil.**, v. 24(4): 251-258, 1997.
75. NEWTON, J. A Boa Notícia, a Má e ...Apenas Mantendo as Aparências. **Gerontology**, v.20, p.62, Dez, 2003.Universidade de Dundee, Escócia.
76. OLIVEIRA,T.R.C. **Influência dos Fatores Funcionais e Qualitativos de Próteses Totais Na Estomatite Protética**. Tese para obtenção do título de Mestre. Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

77. OLIVEIRA, T.R.C. **Avaliação Nutricional e Protética de Pacientes Senescentes Totalmente Desdentados**. Tese para obtenção do título de Doutor. Faculdade De Odontologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
78. OLIVEIRA, T.R.C. Avaliação da Estomatite Protética em Portadores de Próteses Totais. **Pesqui. Odontol. Bras.** v.14, n.3, p.219-224, jul./set. 2000.
79. O. M. S. , **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal.**, São Paulo, Livraria Santos Editora Ltda., 43 ed., 1999.
80. PADILHA, D.M.P. et al. Odontogeriatrics na Universidade: Para não Perder Tempo. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, 39, p.14-16, 1998.
81. PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, Editora Atheneu, São Paulo, 2005.
82. PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim, é Possível Envelhecer Saudável. **Rev. APCD**, 54 p. .91-99, 2000.
83. PAUNOVICH, E. Assessment of the Oral Health Status of the Medically Compromised Homebound Geriatric Patient: A Descriptive Pilot Study. **Spec. Care Dent.**, v.14(2) p. 80- 82, 1994.
84. PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia**. São Paulo, Editora Atheneu, p. 26, 2005.
85. PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**, Editora Guanabara Koogan, 5.ed. reimpressão, 2001.
86. PEREIRA, T.; BONACHELA, W.C. Avaliação Longitudinal do Perfil de Pacientes Portadores de Próteses Totais em Função do Grau de Satisfação. **Rev. Bras. PCL**, v.5, n.24, p. 124-128, 2003.

87. PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**, São Paulo, Livraria Santos Editora, 43 ed., 2000.
88. PINTO, V.G. **Promoção de Saúde Bucal**, Cap. 2- Epidemiologia das Doenças Bucais No Brasil. Comunicação pessoal em 10 de maio de 2003.
89. PUCCA JR., G.A . A Saúde bucal do idoso- Aspectos demográficos e epidemiológicos. Disponível em [www.odontologia.com.br/artigos/geriatria](http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria) Acesso em 15 de março de 2004.
90. QUELUZ & DOMETTI. **Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**. Ano2, v.2, n.9, 2000.
91. RAMOS, L. R. et al. Envelhecimento Populacional: Uma Realidade Brasileira. **Rev. De Saúde Pública**, v.21,n.3, p.211-24, 1987.
92. REIS, S.C.G.B. & MARCELO, V.C. Saúde Bucal na Velhice: Percepção dos Idosos, Goiânia, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1): 191-199, 2006.
93. REISINE, S.T.;BAILIT, H.L. Clinical Oral Health Status and Adult Perceptions Of Oral Health. **Soc. Sci. & Med.**, v14 A, p..597-605, 1980.
94. RODRIGUES, C. K. **Autopercepção de Saúde Bucal em Idosos**. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Piracicaba, 2005.
95. ROSA A.G.F.; CASTELLANOS R.A; PINTO V.G. Saúde Bucal na Terceira Idade. **RGO**, 41(2):97-102, ,ar/abr.,1993.
96. SALIBA C.A . et. al. Auto-avaliação de Saúde na 3ª Idade. **RGO**, 47 (3):127-130 jul/ago/set.,1999.

97. SCENZA, M. F. Z. ; PIERRO, V; SCENZA, P.; ZACCARO, M.; RODRIGUES, C.  
Status Protético e Alterações Bucais dos Pacientes do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da U.F.F. **Rev. Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n.5, p. 310-313, 2003.
98. SEDUH, **Projeção da População das Regiões Administrativas do Distrito Federal: Cadernos de Demografia nº 16**, Brasília, 2002.
99. SESI, Estudo Epidemiológico de Saúde Bucal em Trabalhadores da Indústria. 2002-2003. Disponível em [www.sesi.org.br](http://www.sesi.org.br). Acesso em 07 de julho de 2005.
100. SHEIHAM, A.; MAIZELS, J.; MAIZEL S.: A. New Composite Indicators of Dental Health. **Community Dent Health**, 4: 407-414; 1987.
101. SHEIHAM, A .; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; FINCH,S.; WALLS, A . W. G.  
The Impact of Oral Health on Stated Ability to Eat Certain Foods; Findings from the National Diet and Nutrition Survey of Older People in Great Britain. **Gerontology**, Southwest Harbor, v.16,n.1, p.11-20, July 1999.
102. SHEIHAM, A. et al. The Relationship among Dental Status, Nutrient Intake and Nutritional Status in Older People. **J. Dent. Res.**, v. 80. N.2 , p. 408-413, 2001.
103. SHIP, J. A. et. Al., Old Age in Health on Disease: lessons from the oral cavity. **Oral Surg Oral Med. Oral Pathol.** 76: 40-4, 1993.
104. SILVA, S. R. C. **Autopercepção das Condições Bucais em Pessoas com 60 anos e mais de Idade**. São Paulo, 1999 (Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
105. SILVA, D. D. et al. Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em uma População de Idosos. **Cad. Saúde Pública**, vol. 21, n.4, Rio de Janeiro, jul./ag. 2005.

- 106 SLADE, G.D.; SPENCER, J.A .Social Impact of Oral Conditions among Older Adults. **Austr. Dent. J.**, v.39, p. 358-364, 1994.
107. SMITH, J.M. & SHEIHAM, A . Dental Treatment Needs and Demands of an Elderly Population in England. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v.8, p.360-364, 1980.
108. SRISILAPANAN, P. & SHEIHAM, A . Assessing the Difference Between Sociodental and Normative Approaches to Assessing Prosthetic Dental Treatment Needs in Dentate Older People. **The Gerontology Assoc.** v 18, n1, p 25-34, 2001.
109. SOBRAL,G. **Perfil Socio-economico do Distrito Federal**, Brasília, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, versão 1999.
110. SOUZA, C. P.; TAMAKI, R. Implicações do Uso da Prótese Total na Geriatria. **Rev. Odontol. Br. Cent.**v.6 (19), p.29-31, 1996.
111. STEELE, J.G. et al., Major Clinical Findings from a Dental Survey of Elderly People in Three Different English Communities. **British Dent. J.** v.180, p. 17-23, 1996.
112. TAMAKI, T. **Dentaduras Completas**, Sarvier Editora, 4. Ed., São Paulo, 1988.
113. TORRES, S. V.S. **Pacientes Odontogerítricos: Um Estudo Exploratório sobre Saúde Bucal e Qualidade de Vida**. Dissertação para obtenção do título De Mestre. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2003.
114. TURANO, J.C. & TURANO L.M. **Fundamentos de Prótese Total**, Quintessence Editora Limitada, 4ª edição, São Paulo, 1998.
115. VAN WAAS, M. A . The Influence of Clinical Variables on Patient's Satisfaction with Complete Dentures. **J. Prosthet. Dent.**,v.63 (3):307-310, 1990.



116. VERVOORN, J. M. Assessment of Denture Satisfaction. **Community Dent Oral Epidemiol**, 16 (6), p. 364-367, 1988.
117. WERNER, C. W. et al. Odontologia Geriátrica. **Rev. Fac. Lins**, v.11, n.1, pg. 62-70 jan./jun., 1998.
118. WOLF, S.M.R. O Significado Psicológico da Perda de Dentes em Sujeitos Adultos. **Revista da A .P.C.D. São Paulo**, 52 (4):307-16, jul./ago., 1998.
119. XIE, Q. et al., Oral Status and Prosthetic Factors Related to Residual Ridge Resorption in Elderly Subjects. **Acta Odontol. Scand.**, v.55, p.306-313, 1997.
120. ZWETCHKENBAUM, S.R.; SHAY, K., Prosthodontic Considerations for the Older Patient. **Dent. Clin. North. Am.**, v. 41(4): 817-845, 1997.

## 9-ANEXOS

### ANEXO 1- Protocolo de Pesquisa



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FS

#### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 090/2005

Título do Projeto: "Auto-percepção em relação à condição clínica bucal em idosos não institucionalizados portadores de próteses totais."

Pesquisadora Responsável: Eunice Dias Tiago

Data de Entrada: 08/11/2005

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamentam a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 090/2005 com o título: "Auto-percepção em relação à condição clínica bucal em idosos não institucionalizados portadores de próteses totais". Analisado na 10ª Reunião, realizada no dia 13 de dezembro de 2005.

O pesquisador responsável fica desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 13 de dezembro de 2005

Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Partillo  
Coordenador do CEP-FS/UnB

## ANEXO 2- Consentimento livre e esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente documento é firmado entre a Mestranda do Curso de Pós - Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Prótese Total - Universidade de Brasília, Eunice Dias Tiago, orientada pelo Professor Dr. Antônio Carlos Elias, e o Sr.(a)-----  
-----

Neste documento, o(a) Sr(a) paciente acima citado(a) declara que todas as informações, por ele(a) prestadas são verdadeiras e que está consciente e devidamente informado(a) de que participará de uma pesquisa, cujo objetivo é avaliar a condição clínica da prótese total e a sua satisfação com a condição bucal. Será feita uma entrevista e um exame clínico, tendo duração em torno de 15 a 20 minutos. Essa pesquisa será importante para se conhecer a qualidade dos serviços de prótese, como as pessoas avaliam sua própria saúde bucal com a finalidade de planejar programas de atendimento em prótese dental. Este procedimento não apresenta riscos à saúde e o paciente poderá ainda ser orientado em relação à sua saúde e condição dental, bem como à resolução de qualquer problema bucal que possa apresentar.

O (a) paciente declara, ainda, que foi devidamente esclarecido(a) e está de acordo que se utilize as informações e os dados referentes ao seu caso, mantida a privacidade pessoal, para fins de apresentação na defesa da tese, apresentação em congressos, publicação em livros e revistas e outras atividades científicas, tanto no país como no exterior, respeitada toda a legislação vigente em relação ao assunto.

Fica o paciente com o direito de recusar participar da pesquisa sem prejuízo ao seu atendimento e interromper o trabalho em qualquer fase do mesmo.

A pesquisadora coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Eunice Dias Tiago(pesquisadora)

Telefones: 0XX61-3563-7112

UNB/FS/: OXX61-3307-2514

### ANEXO 3 - Relação dos Grupos e Associações de Idosos -GVI

#### **TAGUATINGA**

##### **GRUPO RENOVACÃO e DAS FLORES**

**REUNIÃO:** 3ª Feira

**HORÁRIO:** 08:30 às 11:00h

**LOCAL:** Salão da Ig. Nossa Senhora de Fatima AB 05 Setor D, Tag. Sul – Fone: 351-10568 e 351-22350257

**PROFESSORIA:** Paulo Roberto

**COORDENADOR(A):** Ana Coutinho – Fone: 351-1217

**ENDEREÇO:** Q3B DA, Casa 17

**CEP:** 72.015-530

**DATA DE NASCIMENTO:** 7/20/53

**IDOSOS CADASTRADOS:** 35 (16 mulheres e 19 homens)

##### **GRUPO UNIÃO E PAZ / ASSOCIAÇÃO DOS IDOSOS DE TAGUATINGA**

**REUNIÃO:** 5ª Feira

**HORÁRIO:** 14:00 às 17:00h

**LOCAL:** Paróquia do lado da Igreja – endereço: AL. CNL III, Lote A, Setor L, Norte – Fone: 336-1969

**PROFESSORIA:** Jorge

**COORDENADOR(A):** Maria de Lourdes Severino – Fone: 475-8725/9610-4899

**ENDEREÇO:** Q9L 42, Casa 10

**CEP:** 72.140-420

**DATA DE NASCIMENTO:** 05/57

**IDOSOS CADASTRADOS:** 330 (mezeretes e quarenta e nove)

##### **GRUPO 9ª JUVENTUDE**

**REUNIÃO:** 1ª Feira

**HORÁRIO:** 14:00 às 16:00h

**LOCAL:** QNA 39, AL 19 – Tag. Norte

**PROFESSORIA:** Jeremias

**COORDENADOR(A):** Elzete Monteiro Meireles – Fone: 563-8498/351-1034/0902-6212

**ENDEREÇO:** QNA 39, AL 19

**CEP:** 72.030-180

**DATA DE NASCIMENTO:** 25/07/69

**ATIVIDADES:** Artesanato, Horta, comunitária e atividade física

##### **GRUPO MENSAGEIROS DA PAZ**

**REUNIÃO:** 4ª Feira

**HORÁRIO:** 7:30 às 10:30h

**LOCAL:** Q. 07 AE – CAIC Walter José Moreira – Saúde da Família – Areal (Tag. Sul) – Fone: 350-2799

**PROFESSORIA:** Paulo

**COORDENADOR(A):** Raquel de Silver Pereira – Fone: 350-6856/3012-9366

**ENDEREÇO:** QS 06, Conj. 410 A, Casa 18 – Águas Claras

**CEP:** 72.030-160

**DATA DE NASCIMENTO:** 14/09

**IDOSOS CADASTRADOS:** 340 (trezentos e quarenta) idosos

Central de Valorização do Idoso – 0800 644 1401

**ANEXO 4- Dados sócio demográficos e condições das próteses**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

SEXO (1) masculino (2) feminino

ESTADO CIVIL (1) solteiro (2) casado (3) divorciado (4) viúvo (5) outros

ESCOLARIDADE

(1) nenhuma (2) 1ª à 4ª série (3) 5ª à 8ª

(4) 2º grau incompleto (5) 2º grau completo (6) superior

**CONDIÇÕES PROTÉTICAS**

TEMPO EM QUE UTILIZA PRÓTESE TOTAL

(1) 0 a 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) 10 a 19 anos (4) 20 ou mais

NÚMERO DE PRÓTESE TOTAL QUE JÁ FEZ

(1) uma (2) duas (3) três ou mais

TEMPO DE USO DA ÚLTIMA PRÓTESE TOTAL

(1) 1 a 5 anos (2) 6 a 9 anos (3) 10 a 19 anos (4) 20 ou mais

JUSTIFICATIVA PARA A PERDA DOS DENTES

(1) doença bucal (2) falta de higiene bucal (3) problemas financeiros (4) outras

JUSTIFICATIVAS PARA PROCURA DO TRATAMENTO PROTÉTICO

(1) problemas funcionais (2) problemas estéticos (3) outras

NÚMERO DE VEZES QUE ESCOVA A PRÓTESE DIARIAMENTE

(1) 1 vez (2) duas vezes (3) três vezes (4) não escova todos dos dias

REMOVE A PRÓTESE PARA DORMIR

(1) sim (2) não

SE JÁ QUEBROU A PRÓTESE

(1) sim (2) não

COMO RESOLVEU O PROBLEMA

(1) procurou o dentista (2) resolveu por si mesmo (3) deixou de usar a prótese

TEMPO QUE ACHA QUE DEVE TROCAR A PRÓTESE

(1) todo ano (2) mais que 5 anos (3) mais que 10 anos

TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE

(1) não      (2) sim      QUAL? \_\_\_\_\_

FAZ USO DE MEDICAMENTO

(1) não      (2) sim      QUAL? \_\_\_\_\_

REAÇÃO PSÍQUICA DO PACIENTE

(1) receptivo      (2) céptico      (3) histérico      (4) indiferente

**ANEXO 5- Indicador sócio dental GOHAI**

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCE:

LIMITA O TIPO OU A QUANTIDADE DE ALIMENTOS QUE COME DEVIDO A PROBLEMAS COM SEUS DENTES OU PRÓTESES

(1) sempre      (2) às vezes      (3) nunca

TEM PROBLEMAS MORDENDO OU MASTIGANDO ALIMENTOS COMO CARNE SÓLIDA OU MAÇÃ

(1) sempre      (2) às vezes      (3) nunca

ENGOLE OS ALIMENTOS CONFORTAVELMENTE

(3) sempre      (2) às vezes      (1) nunca

SEUS DENTES OU PRÓTESES(S) O IMPEDEM DE FALAR DA MANEIRA QUE GOSTARIA

(1) sempre      (2) às vezes      (3) nunca

É CAPAZ DE COMER QUALQUER COISA SEM SENTIR DESCONFORTO

(3) sempre      (2) às vezes      (1) nunca

LIMITA SEUS CONTATOS COM OUTRAS PESSOAS DEVIDO A PROBLEMAS COM SEUS DENTES OU PRÓTESES

(1) sempre      (2) às vezes      (3) nunca

SENTE-SE FELIZ COM O ASPECTO DE SEUS DENTES OU PRÓTESES

(3) sempre      (2) às vezes      (1) nunca

USOU OU USA MEDICAMENTOS PARA ALIVIAR DOR OU DESCONFORTO POR PROBLEMAS NA BOCA

(1) sempre      (2) às vezes      (3) nunca

PRECISA TOMAR CUIDADOS COM SEUS DENTES, GENGIVAS OU PRÓTESES

(3) sempre            (2) às vezes            (1) nunca

SENTIU-SE NERVOSO OU TOMOU CONSCIÊNCIA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, GENGIVAS OU PRÓTESES

(1) sempre            (2) às vezes            (3) nunca

SENTIU DESCONFORTO AO ALIMENTAR-SE EM FRENTE A OUTRAS PESSOAS DEVIDO A PROBLEMAS COM SEUS DENTES OU PRÓTESES

(1) sempre            (2) às vezes            (3) nunca

TEVE SENSIBILIDADE NOS DENTES OU GENGIVAS AO CONTATO COM CALOR, FRIO OU DOCES.

(1) sempre            (2) às vezes            (3) nunca



## ANEXO 6- Exame clínico e exame das próteses

TECIDO MOLE : Queilite Angular	( )
Estomatite protética	( )
Hiperplasia protética	( )
Úlcera associada com prótese	( )
Outros	( )

### ESPESSURA DA BOCHECHA

(1) muito espessa      (2) normal      (3) fina

### ALTURA DO REBORDO ALVEOLAR

MAXILAR      (1) alto      (2) normal      (3) reabsorvido

MANDIBULAR      (1) alto      (2) normal      (3) reabsorvido

### FIBROMUCOSA DE REVESTIMENTO DO REBORDO

MAXILAR      (1) normal      (2) aderente      (3) flácida      (4) mista

MANDIBULAR      (1) normal      (2) aderente      (3) flácida      (4) mista

INSERÇÕES MUSCULARES      (1) normal      (2) anormal

TAMANHO DA LÍNGUA      (1) grande      (2) normal      (3) pequena

### QUANTIDADE E VISCOSIDADE DA SALIVA

(1) normal      (2) abundante / semiviscosa      (3) mucosa

### MOVIMENTOS MANDIBULARES

(1) livres e coordenados      (2) limitados

## EXAME DAS PRÓTESES (RETENÇÃO E ESTABILIDADE)

### RETENÇÃO E ESTABILIDADE DINÂMICAS

#### MOVIMENTAÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS DURANTE A MASTIGAÇÃO

(1) sim      (2) não

#### MOVIMENTAÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS DURANTE A FALA

(1) sim      (2) não

#### MOVIMENTAÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS DURANTE A DEGLUTIÇÃO

(1) sim      (2) não

#### MOVIMENTAÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS DURANTE A RESPIRAÇÃO

(1) sim      (2) não

MOVIMENTAÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS QUANDO SORRI

(1) sim            (2) não

MOVIMENTAÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS QUANDO EM REPOUSO

(1) sim            (2) não

RETENÇÃO E ESTABILIDADE ESTÁTICAS

TESTE NA REGIÃO ANTERIOR

(1) satisfatório            (2) insatisfatório

TESTE NA REGIÃO DE PRÉ-MOLARES DIREITOS

(1) satisfatório            (2) insatisfatório

TESTE NA REGIÃO DE PRÉ-MOLARES ESQUERDOS

(1) satisfatório            (2) insatisfatório

### ANEXO 7- Teste de calibração (KAPPA)

Para verificar se os questionários foram aplicados de maneira adequada, ou seja, se o exame clínico feito pelo dentista é confiável, trinta indivíduos que já haviam sido pesquisados foram escolhidos aleatoriamente dentre os cento e quarenta idosos e neles aplicados novamente o exame clínico. O exame foi aplicado pelo mesmo dentista sem que este tivesse contato com os questionários anteriormente aplicados.

O teste Kappa foi usado para analisar a concordância entre as questões do exame clínico. Todas as questões apresentaram valores acima de 0,8 que significam alta concordância e o p-valor foi também em todos os casos inferior a 0,05. Isto significa que os resultados dos questionários foram praticamente iguais de um exame a outro, não apresentando diferenças representativas.

Abaixo estão as tabelas cruzadas e os resultados Kappa de cada questão:

Tabela 1: Exame Clínico – Tecido Mole (Queilite Angular)

		QUEILITE ANGULAR		
		Não	Sim	Total
Queilite angular	Não	22	1	23
	Sim	0	7	7
Total		22	8	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,972	,028	9,717	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 2: Exame Clínico – Tecido Mole (Estomatite Protética)

ESTOMATITE PROTÉTICA				
		Não	Sim	Total
Estomatite protética	Não	12	1	13
	Sim	1	16	17
Total		13	17	30

		Asymp. Std. Valor	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,946	10,117	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 3: Exame Clínico – Tecido Mole (Úlcera Associada com a prótese)

ÚLCERA ASSOCIADA COM A PRÓTESE				
		Não	Sim	Total
Úlcera associada com a prótese	Não	27	0	27
	Sim	0	3	3
Total		27	3	30

		Asymp. Std. Valor	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	8,812	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

Tabela 4: Exame Clínico – Tecido Mole (Outros)

OUTROS				
		Não	Sim	Total
Outros	Não	26	0	26
	Sim	1	3	4
Total		27	3	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,970	,030	8,704	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 5: Exame Clínico – Espessura da bochecha

ESPESSURA DA BOCHECHA				
		Normal	Fina	Total
Espessura da bochecha	Normal	27	0	27
	Fina	0	3	3
Total		27	3	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	8,812	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 6: Exame Clínico – Altura do rebordo maxilar

ALTURA DO REBORDO ALVEOLAR – MAXILAR				
		Normal	Reabsorvido	Total
Altura do rebordo alveolar – Maxilar	Normal	5	0	5
	Reabsorvido	0	25	25
Total		5	25	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	9,402	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 7: Exame Clínico – Altura do rebordo mandibular

ALTURA DO REBORDO ALVEOLAR – MANDIBULAR			
		Reabsorvido	Total
Altura do rebordo alveolar – Mandibular	Reabsorvido	30	30
		0	0
Total		30	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	7,746	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 8: Exame Clínico – Fibromucosa de revestimento do rebordo maxilar

FIBROMUCOSA DE REVESTIMENTO DO REBORDO – MAXILAR						
		Normal	Aderente	Flácida	Mista	Total
Fibromucosa de revestimento do rebordo - Maxilar	Normal	7	0	1	0	8
	Aderente	0	7	0	0	7
	Flácida	0	0	8	0	8
	Mista	0	0	0	7	7
Total		7	7	9	7	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,976	,024	13,654	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 9: Exame Clínico – Fibromucosa de revestimento do rebordo mandibular

FIBROMUCOSA DE REVESTIMENTO DO REBORDO – MANDIBULAR						
		Normal	Aderente	Flácida	Mista	Total
Fibromucosa de revestimento do rebordo – Mandibular	Normal	2	0	0	0	2
	Aderente	0	10	0	0	10
	Flácida	0	0	15	0	15
	Mista	0	0	0	3	3
Total		2	10	15	3	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	12,279	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 10: Exame Clínico – Inserções musculares

INSERÇÕES MUSCULARES			
		Normal	Total
Inserções musculares	Normal	30	30
Total		30	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	7,746	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 11: Exame Clínico – Tamanho da língua

TAMANHO DA LÍNGUA					
		Grande	Normal	Pequena	Total
Tamanho da língua	Grande	3	2	0	5
	Normal	2	22	0	24
	Pequena	0	0	1	1
Total		5	24	1	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,886	,053	8,680	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.



Tabela 12: Exame Clínico – Quantidade e viscosidade de saliva

QUANTIDADE E VISCOSIDADE DE SALIVA					
		Normal	Abundante/ semiviscosa	Mucosa	Total
Quantidade e viscosidade de saliva	Normal	16	0	0	16
	Abundante/ semiviscosa	0	4	0	4
	Mucosa	0	0	10	10
Total		16	4	10	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	11,793	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 13: Exame Clínico – Movimentos Mandibulares

MOVIMENTOS MANDIBULARES				
		Livres e coordenados	Limitados	Total
Movimentos mandibulares	Livres e coordenados	20	0	0
	Limitados	0	10	0
Total		20	10	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	10,410	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 14: Exame Clínico – Movimentação durante a mastigação

MOVIMENTAÇÃO DURANTE A MASTIGAÇÃO				
		Sim	Não	Total
Movimentação durante a mastigação	Sim	13	0	13
	Não	0	17	17
Total		13	17	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	10,689	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 15: Exame Clínico – Movimentação durante a fala

MOVIMENTAÇÃO DURANTE A FALA				
		Sim	Não	Total
Movimentação durante a fala	Sim	8	0	8
	Não	1	21	22
Total		9	21	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,972	,027	9,903	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 16: Exame Clínico – Movimentação durante a deglutição

MOVIMENTAÇÃO DURANTE A DEGLUTIÇÃO				
		Sim	Não	Total
Movimentação durante a deglutição	Sim	3	0	3
	Não	0	27	27
Total		3	27	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	8,812	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 17: Exame Clínico – Movimentação durante a respiração

MOVIMENTAÇÃO DURANTE A RESPIRAÇÃO			
		Não	Total
Movimentação durante a respiração	Não	30	30
		0	0
Total		30	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	7,746	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 18: Exame Clínico – Movimentação durante o sorriso

MOVIMENTAÇÃO DURANTE O SORRISO				
		Sim	Não	Total
Movimentação durante o sorriso	Sim	6	0	6
	Não	0	24	24
Total		6	24	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	9,658	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 19: Exame Clínico – Movimentação da prótese durante o repouso

MOVIMENTAÇÃO DURANTE O REPOUSO			
		Não	Total
Movimentação durante o repouso	Não	30	30
		0	0
Total		30	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	7,746	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 20: Exame Clínico – Teste na região de pré-molares esquerdos

TESTE NA REGIÃO DE PRÉ-MOLARES ESQUERDOS				
		Satisfatório	Insatisfatório	Total
Teste na região de pré-molares esquerdos	Satisfatório	16	0	16
	Insatisfatório	1	13	14
Total		17	13	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,973	,026	10,433	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 21: Exame Clínico – Hiperplasia protética

HIPERPLASIA PROTÉTICA				
		Não	Sim	
Hiperplasia protética	Não	25	0	25
	Sim	0	5	5
Total		25	5	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	1,000	,000	9,402	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 22: Exame Clínico – Teste na região anterior

TESTE NA REGIÃO ANTERIOR				
		Satisfatório	Insatisfatório	Total
Teste na região anterior	Satisfatório	18	3	21
	Insatisfatório	0	9	9
Total		18	12	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,919	,045	9,678	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 23: Exame Clínico – Teste na região de pré-molares direitos

TESTE NA REGIÃO DE PRÉ-MOLARES DIREITOS				
		Satisfatório	Insatisfatório	Total
Teste na região de pré-molares direitos	Satisfatório	15	1	16
	Insatisfatório	1	13	14
Total		16	14	30

		Valor	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	p-valor
Medida do acordo	Kappa	,947	,037	10,156	,000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## **Análise de Concordância – Kappa**

Para saber se uma dada caracterização/classificação de um objeto é confiável, é necessário ter este objeto caracterizado ou classificado várias vezes, por exemplo, por mais de um juiz.

Para descrevermos a intensidade da concordância entre dois ou mais juizes, ou entre dois métodos de classificação (por ex. dois testes de diagnóstico), utilizamos a medida Kappa que é baseada no número de respostas concordantes, ou seja, no número de casos cujo resultado é o mesmo entre os juizes. O Kappa é uma medida de concordância inter-observador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso. Esta medida de concordância tem como valor máximo o 1, onde este valor 1 representa total concordância e os valores próximos e até abaixo de 0, indicam nenhuma concordância, ou a concordância foi exatamente a esperada pelo acaso. Um eventual valor de Kappa menor que zero, negativo, sugere que a concordância encontrada foi menor do aquela esperada por acaso. Sugere, portanto, discordância, mas seu valor não tem interpretação como intensidade de discordância.

Para avaliar se a concordância é razoável, fazemos um teste estatístico para avaliar a significância do Kappa. Neste caso a hipótese testada é se o Kappa é igual a 0, o que indicaria concordância nula, ou se ele é maior do que zero, concordância maior do que o acaso (teste monocaudal:  $H_0: K = 0$ ;  $H_1: K > 0$ ). Um Kappa com valor negativo, que não tem interpretação cabível, pode resultar num paradoxal nível crítico (valor de p) maior do que um.

No caso de rejeição da hipótese (Kappa=0) temos a indicação de que a medida de concordância é significativamente maior do que zero, o que indicaria que existe alguma concordância.

Isto não significa necessariamente que a concordância seja alta, cabe ao pesquisador avaliar se a medida obtida é satisfatória ou não, isto baseado, por exemplo, em dados de literatura ou pesquisas anteriores. LANDIS, JR. & KOCH, G.G. (1977) sugerem a seguinte interpretação:

Tabela 24: Valores de Kappa

<b>Valores de Kappa</b>	<b>Interpretação</b>
<0	Não concordância
0-0.19	Baixa concordância
0.20-0.39	Pouca concordância
0.40-0.59	Moderada concordância
0.60-0.79	Alta concordância
0.80-1.00	Altíssima concordância