UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ALEXANDRE FÁVERO BULGARELLI

SAÚDE BUCAL EM IDOSOS: QUEIXAS RELATADAS, RIBEIRÃO PRETO (SP).

Ribeirão Preto

2006

ALEXANDRE FÁVERO BULGARELLI

Saúde bucal em idosos: queixas relatadas, Ribeirão Preto (SP).

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Amabile Rodrigues Xavier Manço.

Ribeirão Preto
2006

Autorizo reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bulgarelli, Alexandre Fávero

Saúde bucal em idosos: queixas relatadas,
Ribeirão Preto (SP).
144 p.: 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada junto à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área
de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Manço, Amábile Rodrigues Xavier

1. Saúde bucal 2. Saúde do idoso 3. Queixas bucais
4. Morbidade referida 5. Odontologia Geriátrica

FOLHA DE APROVAÇÃO

Alexandre Fávero Bulgarelli

Saúde bucal em idosos: queixas relatadas, Ribeirão Preto (SP).

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do **título de Mestre** junto ao departamento de Medicina Social.

Área de concentração: Saúde na comunidade.

Aprovado em:

____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu tão querido tio **Manildo**, minha querida tia **Neide** e a minha inesquecível avó **Elisa**, que de onde estiverem participaram de mais esta trajetória da minha vida. Dedico também aos idosos, os quais tive contato durante esta empreitada, que, de maneira indireta, me mostraram o sentido, a complexidade, os desafios e as alegrias do envelhecer.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai **Bruno** e a minha irmã **Andréa**, pela atenção e pelo suporte familiar.

À Prof^a Dr^a **Amabile Rodrigues Xavier Manço**, pelo carinho, pela orientação criteriosa e pela dedicação, essenciais e fundamentais para a realização do presente trabalho.

Ao Prof. Dr. **Wilson Mestriner Júnior** pelo companheirismo e pela valiosa carga de conhecimento transmitida.

Ao Prof. Dr. **Antônio Luis Rodrigues Júnior**, pela disponibilidade e esclarecimento das dúvidas sobre a análise estatística.

A Prof^a Dr^a **Elisabeth Meloni Vieira**, pelas palavras seguras nos momentos de insegurança.

Ao Prof. Dr. **Julio Moriguti** pela contribuição voltada ao conhecimento da geriatria.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Social, em especial à **Carolina Cecília Bruno Batista, Regina Helena Gregg de Alcântara, Mônica Elisabeth Knach e Solange Pedersoli**, pela atenção e disponibilidade em todos os momentos durante nossa agradável convivência.

À **Rosane Aparecida Monteiro** um especial agradecimento pelo companheirismo e imensa colaboração na realização do banco de dados.

Aos **funcionários** do Núcleo de Saúde da Família III pela organização, amor e dedicação ao trabalho, e pela convivência agradável que tivemos.

Aos meus **amigos**, em especial aqueles poucos que junto caminhei dividindo dúvidas, incertezas, dificuldades, conhecimento e alegrias.

*E um especial agradecimento à minha mãe, **Elsa**, que durante todo o trabalho esteve ao meu lado, me estimulando, demonstrando interesse, preocupação e total disponibilidade para ajudar e compartilhar os problemas. Sempre otimista, sua participação foi indispensável.*

Que Deus a abençoe!

Velhos e jovens

*Antes de mim vieram os velhos
os jovens vieram depois de mim
e estamos todos aqui*

*No meio do caminho dessa vida
vinda antes de nós
e estamos todos a sós*

*No meio do caminho dessa vida
estamos todos no meio
quem chegou e quem faz tempo que veio
ninguém no início ou no fim*

*Antes de mim
vieram os velhos
os jovens vieram depois de mim
e assim estamos todos aqui*

Arnaldo Antunes

RESUMO

BULGARELLI, A. F. Saúde bucal em idosos: queixas relatadas, Ribeirão Preto (SP). 2006, 144p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

O trabalho estudou queixas, cuidados, importância e satisfação com a saúde bucal em uma população de idosos cadastrados no Núcleo de Saúde da Família III na cidade de Ribeirão Preto. Os idosos foram selecionados para participarem na pesquisa levando-se em conta a capacidade cognitiva (Mini Mental Examination), as atividades normais da vida cotidiana, bem como o consentimento em participar por livre vontade. Os participantes responderam um questionário, em suas residências, sobre saúde bucal elaborado especificamente para o presente estudo, em data previamente agendada pelo pesquisador. O questionário continha questões relacionadas à situação sócio-demográfica, cuidados com saúde bucal, situação protética, auto-avaliação sobre saúde bucal, bem como queixas referentes a este fato. Procurou-se desta forma, identificar o perfil da população estudada segundo levantamento das queixas mais prevalentes, situação em relação aos cuidados com dentes e/ou próteses, bem como a satisfação e o valor dado à saúde bucal. Os dados receberam tratamento estatístico para observação de associações de variáveis através de Teste exato de Fisher e Qui-quadrado, aceitando-se a associação quando o valor de p era menor ou igual a 0,05. A população adscrita, no referido núcleo no período de realização do presente estudo, era de 503 idosos dos quais foram entrevistados 261, e deste número, 90 idosos (34,5%) eram do sexo masculino e 171 (65,5%) do sexo feminino. A população possuía baixa escolaridade (60,2% com até 4 anos de estudo) e maior número de representantes com idade entre 60 a 69 anos (46,7%). A maioria dos idosos morava com familiares e os homens eram os responsáveis financeiros. Parte significativa dos entrevistados relatou ser desdentada total (48,7%) e este fato esteve associado à idade, escolaridade e convívio na mesma residência. Os indivíduos desdentados totais referiram

sua saúde bucal como importante (45,2%) e boa (77,7%) sendo que, entre indivíduos satisfeitos com sua saúde bucal 53,6% eram desdentados totais, e tais variáveis estiveram associadas. Em relação aos cuidados, idosos mais jovens relataram maior número de escovações diárias dos dentes e/ou próteses. Quanto às queixas observou-se maior ocorrência de lesões/feridas na cavidade bucal, queixas referentes à articulação temporomandibular (ATM), mau hálito, boca seca e dificuldade para mastigar. Dentre estas queixas o mau hálito ($p=0,015$) e a dificuldade para mastigar ($p=0,000$) mostraram-se estatisticamente associadas à quantidade de dentes. A queixa referente à dificuldade para mastigar estava associada à mobilidade de próteses inferiores ($p=0,001$). Desta forma concluiu-se que os cuidados com a saúde bucal diminuíram com o avançar da idade, os idosos relataram sentir-se satisfeitos com suas condições de saúde bucal, classificando a mesma como importante, e ser desdentado total não significou necessariamente atribuir valores negativos a esta condição. A falta de dentes não foi referida como uma queixa porém apareceu associada à insatisfação com a saúde bucal. E finalmente concluiu-se que a dificuldade para mastigar esteve associada à idade e à mobilidade das próteses inferiores, sendo que na faixa etária mais avançada esta queixa foi mais freqüente.

Palavras-chave: Saúde bucal. Saúde do Idoso. Queixas bucais. Morbidade referida. Odontologia Geriátrica.

ABSTRACT

BULGARELLI, A. F. Elder oral health: related complaints. Ribeirão Preto, São Paulo state. 2006, 144p. Dissertation (Master of Public Health) School of Medicine. University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

The present survey was carried out to study complaints, care, value and satisfaction toward oral health in an aged population filled in the Family Health Centre III at Ribeirão Preto. The elder were selected to participate in the study according to their cognitive status (Mini Mental Examination Test), normal life activities and their own acceptance to participate. The elder answered at their home, in a previous scheduled procedure, a questionnaire about oral health which was developed specific to the study purpose. The specific domiciliary questionnaire had questions about social demographical profile, oral health care, prosthetic condition, subjective self-reported oral health status and oral health complaints. It was identified the population profile toward the most prevalent oral health complaints, teeth and prosthetic hygiene and care, satisfaction and self-reported oral health value. The data received statistical treatment to observe the association between variables according to the Fischer Exact and Chi square Tests, and the association was accepted when the p value was equal or lower than 0.05. The population, filled at the Family Health Centre III in the period of the study development, was 503 aged people with more than 60 years old, and 261 were interviewed, where 90 (34.5%) were male and 171 (65.5%) were female. In general the aged reported low education level (60.2%) and they were represented most frequently by the age between 60 to 69 years old (46.7%). The higher of the aged reported living with family and the men were responsible for the financial support of the family. Significant sample of the aged reported being edentate (48.7%) and this fact was correlated to the aged, educational level and living with the family. The edentate people reported that their oral health were important (45.2%) and good (77.7%), and the satisfied people (53.6%) were edentate and these variable were correlated. According to own oral health care, the younger subject reported a

higher number of diary tooth brushing. It was reported a higher number of oral wounds, temporomandibular joint, fetid breath, dry mouth and masticator complaints. Among these complaints the fetid breath ($p=0,015$) and the masticator difficulty ($p=0,000$) were statistically correlated to inferior denture mobility ($p=0,001$). It was concluded that oral health care decrease as time goes by, the aged reported being satisfied with their oral health condition, and their oral health was self-classified as an important issue. The subject reported that being edentate do not mean that it is a negative profile. The tooth missing was not reported as complaint but it was statistically correlated with dissatisfaction toward own oral health. Finally it was concluded that masticator difficulty was statistically correlated to inferior dentures mobility being this complain higher reported in the older aged subject sample.

Keywords: Oral health. Aged health. Oral complaints. Morbidity. Geriatric Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Motivos relatados por não possuir prótese total. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	73
Figura 2.	Motivos relatados por possuir prótese e não fazer uso. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.	73
Figura 3.	Motivos para não ir ao dentista, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	82
Figura 4.	Aspectos para se sentir satisfeitos com a saúde bucal. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.	99

FIGURAS (ANEXOS)

Anexo A.	Divisão geográfica das micro-áreas do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	121
Anexo B.	Mapa de ruas referente à área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III no Município de Ribeirão Preto, 2005.....	122
Anexo D.	Imagem digitalizada do Ofício emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo aprovando a presente pesquisa para seu desenvolvimento. Ribeirão Preto, 2005.....	124
Anexo E.	Imagem digitalizada da Declaração de cumprimento das exigências operacionais e legais para o desenvolvimento da presente pesquisa. Ribeirão Preto, 2005	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III, segundo idade e sexo. Ribeirão Preto, 2005.....	52
Tabela 2.	Distribuição dos idosos excluídos da pesquisa segundo idade e sexo. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	55
Tabela 3.	Distribuição dos motivos de exclusão segundo sexo. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	56
Tabela 4.	Distribuição dos idosos entrevistados segundo sexo e idade. Área de abrangência do Núcleo da Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	58
Tabela 5.	Distribuição dos idosos segundo escolaridade, sexo e idade na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	59
Tabela 6.	Distribuição dos idosos entrevistados segundo convívio na mesma residência, sexo e idade. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	61
Tabela 7.	Distribuição dos idosos entrevistados segundo situação financeira, sexo e idade. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005	62
Tabela 8.	Distribuição dos idosos segundo quantidade de dentes e algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	65
Tabela 9.	Distribuição percentual de algumas variáveis segundo quantidade de dentes. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	66
Tabela 10.	Quantidade de dentes relatada pelos idosos segundo algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde III. Ribeirão Preto, 2005.....	68
Tabela 11.	Distribuição percentual de algumas variáveis segundo quantidade de dentes relatada por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	69

Tabela 12.	Condição protética dos idosos desdentados totais e parciais segundo idade. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005	71
Tabela 13.	Tempo em anos referente ao uso de prótese dentária segundo idade. Relato de idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	75
Tabela 14.	Cuidados com os dentes relatados pelos idosos segundo idade. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	76
Tabela 15.	Distribuição percentual dos cuidados com dentes e/ou próteses segundo idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	77
Tabela 16.	Cuidados com próteses segundo idade, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	79
Tabela 17.	Visita ao dentista, preocupação e importância para com a saúde bucal, segundo idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	81
Tabela 18.	Queixas referentes aos dentes, segundo sexo e idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	84
Tabela 19.	Distribuição percentual mais freqüente de algumas queixas segundo idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	85
Tabela 20.	Queixas referentes às próteses segundo sexo e idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005	87
Tabela 21.	Freqüência de outras queixas em relação à saúde bucal para idosos do sexo masculino. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	89
Tabela 22.	Freqüência de outras queixas em relação à saúde bucal para idosos do sexo feminino. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	90
Tabela 23.	Queixas de saúde bucal mais freqüentes segundo sexo e idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	91

Tabela 24.	Distribuição percentual de algumas variáveis segundo quantidade de dentes relatada por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	92
Tabela 25.	Distribuição percentual de dificuldade para mastigar segundo algumas variáveis. Idosos desdentados totais ou parciais residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	94
Tabela 26.	Distribuição percentual de dificuldade mastigatória segundo algumas variáveis em idosos desdentados parciais. Área de abrangência do núcleo de saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	95
Tabela 27.	Distribuição percentual de algumas variáveis segundo dificuldade mastigatória em idosos desdentados totais. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	96
Tabela 28.	Relato de algumas queixas e algumas variáveis segundo satisfação com a saúde bucal. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	97
Tabela 29.	Distribuição percentual de algumas variáveis, segundo satisfação com a saúde bucal. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	98

TABELAS APÊNDICE E

Tabela 1e.	Freqüência da quantidade de dentes relatada segundo algumas variáveis. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	137
Tabela 2e.	Freqüência da quantidade de dentes relatada, segundo auto-avaliação e valor dado à saúde bucal. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	138
Tabela 3e.	Cuidados com os dentes segundo idade, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	138
Tabela 4e.	Cuidados com próteses segundo idade, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	139
Tabela 5e.	Alguns cuidados com a saúde bucal segundo idade, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	139

TABELAS APÊNDICE F

Tabela 1f.	Algumas queixas de saúde bucal, relatadas por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	140
Tabela 2f.	Queixas mais freqüentes relatadas por idosos segundo quantidade de dentes. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	141
Tabela 3f.	Dificuldade mastigatória dos idosos segundo algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	142
Tabela 4f.	Dificuldade mastigatória de desdentados parciais segundo algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	143
Tabela 5f.	Dificuldade mastigatória de idosos desdentados totais segundo algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.....	144

LISTA DE SIGLAS

Projeto SB Brasil	Projeto Saúde Bucal Brasil
CSE	Centro de Saúde Escola
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
NSF	Núcleo de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ATM	Articulação Temporo Mandibular
AVC	Acidente Vascular Cerebral
PT	Prótese Total
PTS	Prótese Total Superior
PTI	Prótese Total Inferior
PPR	Prótese Parcial Removível
PPRS	Prótese Parcial Removível Superior
PPRI	Prótese Parcial Removível Inferior

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	21
	1.1 Apresentação.....	22
	1.2 O Envelhecimento	24
	1.3 População Idosa e saúde bucal no Brasil	27
	1.4 Saúde bucal e queixas.....	30
2.	OBJETIVOS	37
	2.1 Objetivo geral.....	38
	2.2 Objetivos específicos.....	38
3.	CASUÍSTICA E MÉTODOS	39
	3.1 Área de estudo.....	40
	3.2 Delineamento do estudo.....	41
	3.3 População de estudo	41
	3.4 Instrumentos de coleta de dados	41
	3.5 Operacionalização.....	46
	3.6 Processamento e análise dos dados.....	49
	3.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
	4.1 Idosos não participantes.....	53
	4.2 Características sócio-demográficas dos entrevistados.....	57
	4.3 Condições e cuidados com a saúde bucal.....	64
	4.4 Queixas referidas em saúde bucal.....	83
5.	CONCLUSÕES	100

6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
	ANEXOS	120
	APÊNDICES	126

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Durante vivência clínica após conclusão do curso de graduação em odontologia, diversos aspectos da saúde bucal em diferentes idades foram despertando o interesse particular pelo aprofundamento do conhecimento da saúde bucal em indivíduos idosos. Esta parcela da população com suas particularidades, heterogeneidades e peculiaridades tornam o complexo estudo da saúde bucal um fato interessante e estimulante sendo repleto de desafios à serem superados.

Os diferentes perfis apresentados de acordo com as inúmeras experiências enfrentadas ao longo da vida, retratam os diferentes valores que a “saúde da boca” tem para o indivíduo idoso. Neste contexto as queixas relatadas, bem como a importância da saúde bucal, são de fundamental importância para a sedimentação dos cuidados, busca por conhecimento e preocupações que os idosos têm com sua própria saúde.

Sabe-se que a velhice não deve ser entendida somente como um fenômeno biológico mas sim em toda sua complexidade e totalidade, o que implica levar em consideração aspectos psicológicos, sociais e culturais os quais o idoso vive e está incluído (SANTOS, 2001). Ser idoso em determinadas sociedades pode representar sabedoria e experiência, porém em outras representa exclusão social (GEERTZ, 1989).

Todos nós seres humanos temos nosso próprio conceito do que é o idoso, conceito este elaborado pela imagem de “velho”, formada a partir de nossas próprias observações e vivências, baseada em diferentes perspectivas. Assim, o idoso para uma pessoa jovem pode ser caracterizado de maneira diferente do conceito do próprio idoso. Segundo Zimerman (2000), o idoso na visão dele próprio é uma pessoa mais vivida, com mais experiências, com mais anos de vida e com mais doenças crônicas, já o idoso no ponto de vista de um jovem, pode ser definido como uma pessoa chata, triste, deprimida, cansada e solitária.

O termo “velhice” é complexo pois o fato de se estabelecer um patamar divisório a partir do qual o indivíduo passa a ser considerado idoso é impreciso. Ser considerado idoso depende de aspectos políticos, ideológicos, sociais e culturais (VERAS, 1994; VERAS, 2002). Fisiologicamente o envelhecimento é um processo constante e complexo que ocorre em todos os tipos de células do organismo, embora apresente características especiais em determinados órgãos e sistemas (CALDEIRA et al., 1989). Segundo a Organização Mundial de Saúde o patamar cronológico de 60 anos de idade é utilizado para definir uma população idosa em países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil se encaixa (WORLD HEALTH ORAGNIZATION, 1984). No entanto, há várias diferenças, principalmente do ponto de vista da saúde, na faixa etária acima dos 60 anos. Em função destas diferenças tem-se subdividido esta faixa em três sub-faixas que caracterizam a contemporaneidade desta população, sendo a faixa etária de 60 a 69 anos conhecida como “jovens idosos”, de 70 a 79 anos como “meio-idosos”, já a população com idade acima de 80 anos é considerada como “idosos-velhos” (VERAS, 1994).

E o que é saúde bucal para o indivíduo idoso? Não é objetivo do presente estudo o aprofundamento desta discussão, porém o levantamento deste complexo tópico está relacionado com a dinâmica relação entre saúde e doença, referenciada das mais diversas maneiras pelo ser humano e, como refere Rojas (1974), a saúde e a doença são dois estados entre os quais o indivíduo flutua durante toda a vida. Em virtude desta contextualização acredita-se na especial atenção que a população idosa necessita em relação à saúde, não só visando o aspecto curativo e reabilitador das funções da cavidade bucal, mas também na prevenção e orientação para promoção de saúde. Cabe aqui uma citação interessante mencionada por Beauvoir (1990, p. 34) ao relatar a transformação fisiológica do envelhecimento:

[...] os cabelos embranquecem e se tornam rarefeitos; não se sabe por quê: o mecanismo da despigmentação do bulbo capilar permanece desconhecido... Por desidratação e em consequência da perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente a pele se

enruga. Os dentes caem.... A perda dos dentes acarreta um encolhimento da parte inferior do rosto, de tal maneira que o nariz aproxima-se do queixo.

Considerando-se que o envelhecimento é inerente à todos os seres vivos e muito se tem a estudar sobre este processo, mostrou-se instigante para mim o levantamento de algumas informações pouco abrangidas na literatura em relação à saúde bucal na velhice, de forma a ouvir do próprio idoso considerações a respeito deste tema.

1. 2 O Envelhecimento

Ao refletir sobre o envelhecimento, Barbosa e Duarte (2001), mostraram que a saúde para o idoso é a capacidade de continuar exercendo suas funções físicas e sociais, com autonomia e independência. Dentre os inúmeros fatores que influenciam na perda destas funções, Rodrigues (1993), atribuiu que condições patológicas como instabilidade, imobilidade e insuficiência cerebral dentre outras, contribuem para a perda da independência e da autonomia no envelhecimento. Neste quadro onde saúde, aspectos físicos e aspectos sociais estão diretamente relacionados, é válido ressaltar que, quando o indivíduo fala da sua saúde este fato representa também a imagem da sociedade em que vive e a consciência que esta sociedade tem dos valores no mundo social (SANTI, 2003).

A complexidade do que se pode entender por saúde é expressa por Brito (1997, p. 12) ao colocar que:

[...] o estado de saúde de um indivíduo é muito mais que um mero bem estar físico. Ele se constitui numa complexa inter-relação entre os aspectos psicológicos e fisiológicos da saúde e da doença e também entre os componentes objetivos e subjetivos deste estado.

Ao se estudar assuntos envolvendo envelhecimento e saúde, vários aspectos mostram que este processo necessita de conhecimentos mais

abrangentes para se entender a dinâmica do envelhecer, cabendo aqui discorrer sobre os mesmos.

Velhice é definida como a fase da vida que começa aos 60 anos de idade, bem como os fenômenos que ocorrem nessa época da vida do ser humano. O termo senescência está relacionado à perspectiva biológica em que o homem de idade avançada está sujeito, já a senilidade é entendida como o conjunto de possíveis aspectos patológicos da velhice (GRAEFF; BRANDÃO, 1997).

Biologicamente a velhice é interpretada como um processo de diminuição da vitalidade, encontrando-se associada a modificações anatômicas dos tecidos como hiperplasia celular, desidratação e fibrose. Deste modo, velhice, como uma das fases do envelhecimento, faz parte do destino biológico dos seres humanos. Nessa dinâmica biológica o envelhecimento é também definido como a incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de descarga funcional, podendo causar uma maior vulnerabilidade aos processos patológicos (PAPALÉO NETTO, 2002).

Em uma óptica bio-socio-cultural esta diminuição progressiva das diversas capacidades funcionais está diretamente correlacionada a fatores genéticos e emocionais, que por sua vez podem prolongar ou restringir a capacidade vital de um ser humano. Para fins de pesquisa em estudos populacionais a idade de 60 anos é utilizada como marco inicial da velhice, porém o aparecimento da senescência varia de indivíduo para indivíduo, sempre ligando este fato a situações fisiológicas, metabólicas e intelectuais (PINTO, 1983; GRAEFF; BRANDÃO, 1997). Em outras palavras assim como a infância, a adolescência e a maturidade, a velhice é marcada por mudanças bio-psico-sociais associadas à passagem do tempo (VIEIRA, 1996).

Em relação aos aspectos psicológicos, Pinto (1983), mostra que o indivíduo que envelhece pode, em alguns casos, apresentar alterações psicológicas e conflitos de personalidade sendo estas situações vivenciadas em consequência de certos motivos, desde os mais comuns como enfraquecimento da visão, da audição e da memória até a própria debilidade

orgânica ósteo-muscular que dificulta a movimentação e torna o idoso lento e muitas vezes inábil para realização de atividades simples da vida diária. Motivos de ordem emocional envolvem aspectos como insegurança, dependência, medo, e ainda a temida -para muitos- proximidade com a morte. Somando-se a estes aspectos, alguns problemas psicológicos em idosos podem também estar associados às doenças cardiovasculares, como é o caso da artério-esclerose-cerebral, podendo levar a psicoses vasculopáticas. Tem-se também que intervenções cirúrgicas resultando na perda de um seguimento corporal como mastectomia e histerectomia podem gerar graves problemas como ansiedade e profundo estresse, conduzindo o idoso ao empobrecimento da capacidade cognitiva (PINTO, 1983; GRAEFF; BRANDÃO, 1997).

Paralelo a estas situações os fatores sociais, econômicos e culturais são de primordial importância em estudos geriátricos. Situações como aposentadoria, perda do então “status” de trabalhador ativo provedor da família, leva a diminuição das relações interpessoais, que por muitas vezes refletem na condição de ressentimento causando dependência familiar. Algumas famílias, nos dias atuais, ainda conservam os “velhos da casa” com respeito e estima, porém a maioria tende a viver isolado, dependente e inseguro (PINTO, 1983; GRAEFF; BRANDÃO, 1997).

O envelhecimento na óptica do próprio idoso não significa estar doente, mas estar passando por alterações físicas deste processo. Ou como bem coloca Santos (2001, p. 132), existem outras dimensões importantes:

[...] O idoso vê sua própria saúde como uma condição de “sentir-se bem”. Isto significa para eles, mobilidade, autonomia, equilíbrio emocional, alegria por serem capazes de aprender, passear e viajar. É uma desobrigação com o tempo, este tempo que eles não sentiram passar e nem cronometraram, por essa razão se assustam quando param e se dão conta que ele foi passando.

1.3 População Idosa e Saúde Bucal no Brasil

Em semelhança aos demais países latino-americanos o Brasil está passando por um processo rápido e intenso de envelhecimento populacional. Queda da fecundidade, queda da taxa de mortalidade e melhoria de condições nutricionais proporcionam aumento na expectativa de vida do homem, estando a mesma diretamente relacionada aos progressos tecnológicos e na área da saúde (RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987; KINA et al., 1996). A combinação destas variáveis, dentre outras, reflete uma importante redução das taxas de mortalidade por todas as causas de morte na população brasileira (LIMA-COSTA; PEIXOTO; GIATTI, 2004). Segundo o mesmo estudo, as causas de mortalidade em idosos no Brasil não sofreram alterações significativas nos últimos vinte anos, sendo que as três causas mais freqüentes de óbitos entre idosos são doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Verificou-se também que, no Brasil, a redução mais acentuada da mortalidade entre mulheres em todas as faixas etárias, resulta no predomínio de mulheres na população idosa, fenômeno este conhecido como feminização do envelhecimento.

Paralelamente a este processo, existe um aumento no número de “meio-idosos” e “idosos-velhos” na população brasileira, visto que entre 1991 e 2000 a população brasileira com idade acima de 75 anos cresceu 49,3%. Também a proporção de idosos na população cresceu passando de 7,3% em 1991 para 9,5% em 2003. Como consequência, o número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens, passou de 21 em 1991 para 35,4 em 2003 (DATASUS, 2005). O Brasil neste contexto conhecido como um país “jovem” está mudando de perfil, e o crescimento do número de idosos segue um caminho previsível. Para exemplificar, em 1980 haviam cerca de 7 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, comparando-se com quase 11 milhões registradas em 1991, sendo que a perspectiva é de um crescimento para 33 milhões no ano de 2025 (IBGE, 1991).

O Brasil vive um estado de transição demográfica e Camargo e Saad (1990) ilustraram a dinâmica demográfica brasileira situando o Brasil em um momento onde a mortalidade continua a cair e a natalidade iniciou uma fase

decrecente, já apresentando 2,3 filhos por mulher na atualidade (IBGE, 2000), até o momento onde a natalidade e a mortalidade se aproximarão em níveis consideravelmente baixos. Segundo Veras (1994), esta situação de transição enquadra a população brasileira em um momento de superposição de uma população jovem e uma população envelhecida igualmente expressiva, e neste caso metaforicamente o Brasil é “um país jovem de cabelos brancos”.

Mediante esta realidade, relevante importância tem-se dado às novas tendências relacionadas à saúde e bem estar do idoso, como desenvolvimento de novos estudos envolvendo doenças crônicas, estudos de prevenção, surgimento de novos medicamentos e melhoria nas instituições de repouso para idosos. Estes fatores estão diretamente relacionados à expectativa de vida da população (NIESSEN; GIBSON, 2000).

Mais de 8 milhões de brasileiros acima de 60 anos enfrentam nos dias atuais problemas como, falta de políticas de saúde adequadas e atendimento em setores especializados (SEQUEIRA; MONTENEGRO, 2002), sendo que a atenção integral à saúde do idoso é assegurada por lei, através de políticas sociais públicas que teoricamente permitiriam um envelhecimento saudável e com dignidade (BRASIL. Estatuto do Idoso, 2003). Com isso novos desafios devem ser traçados envolvendo sociedade e órgãos governamentais.

Na Odontologia, assim como em outras áreas da saúde, atendimentos especializados são direcionados às diferentes etapas da vida do indivíduo, sendo que o acompanhamento da saúde bucal desde a infância até a velhice está criando condições para que no futuro o indivíduo envelheça com maior número de dentes saudáveis (MELO; SETO; GERMANN, 2001). Segundo Peres e Peres (2003), acredita-se que no futuro encontrar-se-á uma população idosa mais informada e com menor incidência de perda dental.

O crescimento populacional de idosos vem nas últimas décadas despertando o interesse em se estudar as condições da saúde bucal deste grupo de pessoas, pois a saúde bucal dos idosos é precária (SCHOU;

WIGHT; CUMMING, 1987; TERVONEM, 1988; MIRASCHI; LAMADRID, 1997; REICHART, 2000). Porém, segundo Ettinger (1997) o número de idosos com dentes naturais em boas condições está crescendo, e este fato acarretará risco à cárie e doenças periodontais em populações, que antes, não estavam susceptíveis a tais doenças, visto que em sua maioria eram desdentados totais.

Atualmente no Brasil, quando se analisa a condição da saúde da população idosa, a saúde bucal parece não estar inserida neste contexto, ou seja, segundo Colussi e Freitas (2002), a saúde bucal do idoso tem sido esquecida.

Por outro lado estudos recentes mostraram a relação direta entre o impacto da saúde bucal na melhoria da qualidade de vida dos idosos, o que proporcionará o surgimento de um novo contingente de pessoas que irão necessitar de cuidados futuros não apenas no desenvolvimento de atividades preventivas mas, também educacionais com relação às instruções de higiene bucal (BRONDANI, 2002). No Brasil estudos sugerem a realização de novas pesquisas enfatizando a preocupação com a qualidade de vida na tentativa de melhorar as condições precárias de saúde bucal em idosos (COLUSSI; FREITAS, 2002).

Sabe-se da importância em se estudar a saúde de populações de idosos e, em se tratando de saúde bucal, estudos com estas populações estão diretamente relacionados ao monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados em uma determinada população. Para exemplificar, tem-se que a fluoretação de águas de abastecimento público está relacionada à redução na incidência de cárie na população, o que leva diretamente a uma redução de perda dentária tendo a cárie como causa.

Assim a população jovem de hoje que recebe água fluoretada conseqüentemente no futuro será uma população idosa com menor incidência de doença cárie e perda dental. É válido lembrar que o íon Flúor adicionado na água de abastecimento público dos municípios atua diretamente na redução do índice da doença cárie (MURRAY; RUGG-GUNN; JENKINS, 1991)

O retrato mais recente da saúde bucal dos brasileiros foi mostrado pelo Projeto SB Brasil (2003). Dentre vários aspectos citados, este projeto explicitou que a população brasileira na faixa etária de 65 a 74 anos possuía 92,95% dos dentes perdidos. Esta é uma triste realidade porém, sabe-se que lentamente este perfil vem mudando. Neste contexto, 23,81% da população brasileira necessitava de prótese total inferior, e 16,15% necessitava de prótese total superior. Este mesmo levantamento mostrou que a perda dentária precoce entre os brasileiros é grave e este fato acarreta a necessidade do uso de alguma prótese também precocemente e como consequência, tem-se que o edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país.

Poucas pesquisas na área odontológica enfatizam o perfil da saúde bucal do idoso. Em trabalho desenvolvido por Mello e Ferreira (2001), a saúde bucal foi considerada ruim em idosos moradores de instituições geriátricas na cidade de Porto Alegre (RS), e o mesmo estudo observou a necessidade de ações multidisciplinares e inter-institucionais capazes de reverter esta situação. Segundo Caldas Júnior et al. (2002), em estudo de prevalência de edentulismo na cidade de Recife (PE), 61,7% da amostra de idosos não institucionalizados eram desdentados totais, evidenciando a precária saúde bucal dos idosos estudados na referida cidade. Estudo realizado na cidade de Bauru (SP), mostrou que problemas bucais mais prevalentes, na população idosa estudada, estavam associados ao uso de reabilitações protéticas totais (CARVALHO, 2000). Meneghim e Saliba (2000), realizaram um complexo estudo mostrando o perfil da saúde bucal de idosos na cidade de Piracicaba (SP), e evidenciaram a importância do desenvolvimento de programas de atendimento público de saúde bucal para a população, e a necessidade de um currículo específico incluindo a Odontogeriatria nos cursos universitários.

1.4 Saúde Bucal e Queixas

A crescente conscientização da importância de medidas de higienização, adequação do meio bucal, campanhas de prevenção de certas doenças e o acompanhamento da saúde bucal através da promoção de

saúde, mostram que a manutenção da saúde bucal no decorrer da vida do indivíduo vem ao longo de décadas iniciando um processo de mudança no perfil da população idosa. Este fato está diretamente relacionado com a lenta, porém crescente mudança no processo de envelhecimento e saúde, que como visto anteriormente se relaciona com o processo de alterações fisiológicas, culturais, sociais e psicológicas, que variam de indivíduo para indivíduo.

No decorrer da vida entende-se como envelhecimento saudável quando algumas situações estão presentes, dentre estas se pode destacar a manutenção dos dentes na cavidade bucal, a condição fisiológica normal da gengiva e o satisfatório acesso aos serviços de saúde, sendo que a Odontologia deve estar “atenta” a educação precoce dos indivíduos tendo em vista a importância da saúde bucal ao longo da vida (KIYAK, 2000).

Para se discorrer sobre queixas em relação à saúde bucal, várias foram as definições e conceitos abordados até aqui, ressaltando-se que saúde bucal é parte integrante e indispensável da saúde geral do indivíduo. A ligação entre saúde geral e saúde bucal foi afirmada no relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASÍLIA. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993). Para complementar, tem-se que Narvai (2001, p. 1), definiu saúde bucal como:

[...] um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.

Para a Odontologia as queixas são muito importantes pois se referem às condições de desconforto e incômodo que fazem com que o indivíduo procure o profissional para cuidados com a saúde bucal. Assim ao analisar as possíveis interpretações de “queixas” encontraram-se sentidos bastante diferentes para esta palavra. Tem-se queixa como: ato ou efeito de se queixar; motivo de desprazer e causa de ressentimento; ofensa;

manifestação de desconforto e descontentamento. Na área da saúde a queixa tem sua importância voltada ao auxílio no diagnóstico e pode ser definida como pessoa que padece; sintoma relatado pelo paciente doente (DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2005).

Na maioria das vezes é uma queixa em seu aspecto mais amplo que leva o indivíduo ao dentista. Segundo Castro (1995, p. 8), a queixa principal que leva o paciente a procurar um serviço odontológico constitui-se em uma importante informação dentro de uma anamnese onde se deve:

[...] questionar o paciente sobre o motivo da consulta que pode ser variável mas que pode, também constituir-se na queixa principal que é a base para a história de uma possível lesão. Nesta, o paciente pode referir-se a dor, queimação, paralisia, bola, bolha, mancha, medo de ser câncer.

Sabe-se que o registro da queixa é uma das várias etapas para se alcançar um diagnóstico, e por sua vez juntamente com o exame físico constituem o exame clínico do paciente. Tommasi (1982), assinala que: “a queixa costuma ser denominada de anamnese espontânea, pois é o paciente que relata a razão da visita, sem uma interpelação específica do profissional”. Segundo o mesmo autor, a queixa representa o motivo fundamental que leva o indivíduo a procurar um serviço de saúde bucal e por sua vez pode representar situações de anormalidades envolvendo sinais e sintomas que podem levar ao diagnóstico de uma possível patologia.

Nos dias atuais, o Brasil vive um processo de reorganização e adequação da atenção básica voltada à saúde bucal. A nova filosofia da Política Nacional de Saúde Bucal, dentro de seus princípios norteadores de ações, estabeleceu que a disponibilidade de tempo necessário à escuta das queixas em saúde bucal, faz parte das diretrizes de responsabilidade profissional. (BRASÍLIA. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004). Neste contexto, o cuidar em saúde como relataram Mishima et al. (2004) está voltado ao desenvolvimento da capacidade de escuta em coletividade.

Muitas queixas em relação à saúde bucal estão associadas às mudanças fisiológicas que ocorrem no organismo com o passar dos anos, e

alterações fisiológicas na cavidade bucal existem, no entanto são passíveis de tratamento, controle e prevenção, o que deixa de lado a idéia de que envelhecimento significa contrair ou aceitar problemas em relação à saúde bucal. A necessidade de mudança nesta imagem negativa foi ressaltada por Madeira e Madeira (2000) em relação aos cuidados que os profissionais da área da saúde devem ter para com o paciente idoso.

Segundo Baun (1984), não existe doença bucal tendo o envelhecimento como fator etiológico, e a perda dos dentes não é uma situação vivida em consequência do envelhecimento, é sim considerada uma etapa final de muitas doenças não tratadas na cavidade bucal. Tem-se também que a perda dentária é consequência de atitudes do paciente e/ou cuidador do mesmo, frente aos cuidados com a saúde bucal.

É válido lembrar que o acesso deficiente ao conhecimento e informação dos cuidados para com a saúde bucal, e a utilização de algumas condutas ultrapassadas de tratamento, podem levar a perda dentária em pessoas idosas (MARCUS et al., 1996). Como tratamento da perda dentária existe a reabilitação protética, em outras palavras, a utilização de próteses dentárias, sendo esta uma prática muito comum em pacientes idosos (CHAGAS; NASCIMENTO; SILVEIRA, 2000).

A falta dos dentes interfere sobremaneira nas funções como mastigação, deglutição, fala e na estética. A deficiência mastigatória além de ser real pela ausência dos dentes também é vivenciada em alguns casos por indivíduos que sofreram algum Acidente Vascular Cerebral (AVC) (KAMEN, 1997; WERNER et al., 1998) e em ambos os casos há uma interferência na deglutição (SONIES, et al 1988). Sabe-se também que a mastigação sofre alterações em muitos casos devido a atrofia de músculos mastigatórios (BOBBIO; BOBBIO, 1983). A deficiência mastigatória interfere na deglutição e deste modo a disfagia, dificuldade no ato da deglutição, é uma queixa freqüente na velhice e independente de suas causas, existe uma certa tolerância desta situação por parte dos idosos, por ser considerada pelos mesmos, uma decorrência natural do envelhecimento (MEIRA et al., 1989). Moriguchi (1990), mostrou que o indivíduo saudável e totalmente dentado apresenta uma capacidade mastigatória de 100%. Com a perda de um dente

esta capacidade se reduz para 70%, e nos casos onde o indivíduo é usuário de prótese total sua capacidade mastigatória é de apenas 25%. Outros aspectos envolvendo a perda dentária podem provocar queixas relacionadas à dificuldade de pronunciar algumas palavras e a instabilidade de certas próteses.

Com o envelhecimento os dentes e a gengiva, passam por mudanças fisiológicas. Os dentes sofrem deslocamentos para compensar desgastes nas faces de contato de um dente com outro. A coloração muda devido aos inúmeros fatores aos quais os dentes estão submetidos na cavidade bucal. Devido à trituração de alimentos e a força muscular durante a mastigação, desgastes fisiológicos ocorrem nas superfícies oclusais dos dentes, superfícies estas de contato entre dentes antagonistas. O periodonto, tecido gengival e ósseo de sustentação dos dentes, talvez seja a estrutura mais afetada com a senescência, sendo que pelo próprio envelhecimento, a gengiva sofre uma migração apical, que por sua vez, pode levar à exposição da raiz do dente (MORIGUCHI, 1990).

Além de alterações dentárias e gengivais outras alterações presentes na cavidade bucal são referidas como queixas por pessoas idosas. As mais freqüentes envolvem outros órgãos, como língua e glândulas salivares, dentre outros.

Moriguchi (1990), relatou que a capacidade gustativa sofre alterações devido à diminuição do número de botões gustativos nas papilas e o aparecimento de fissuras na região dorsal da língua, principalmente após os 70 anos de idade, o que leva também ao acúmulo de detritos alimentares provocando certo desconforto.

Segundo Meira et al. (1989), com a senescência as glândulas salivares sofrem alterações fisiológicas, e, diferentes aspectos são discutidos neste contexto visto que a deficiência na secreção salivar, conhecida como xerostomia, é uma queixa muito comum por estar associada a doenças auto-imunes, radioterapia e utilização de certos medicamentos. A então referida “boca seca”, ocorre em 20,0% das pessoas idosas. Com o envelhecimento o fluxo salivar diminui podendo ser agravado pela respiração bucal, pelo uso de próteses recém-instaladas e/ou mal-

adaptadas e pela desidratação. Cabe aqui citar o que relatou Meira et al. (1989, p. 113):

[...] a deficiência de saliva não altera o paladar, mas pode ser causa de dificuldade de deglutição, aceleração na deterioração dos dentes, dificuldade na mastigação, contribuindo para a má digestão. Desta forma, além da importância que se deve dar à frequência do sintoma, precisamos ressaltar a necessidade de atenção para suas consequências mórbidas nos velhos.

Queixas relacionadas com problemas bucais relatadas por pacientes idosos, não são objetos de estudos na atualidade. Segundo Nadanovsky (2006), o número de pesquisas envolvendo assuntos odontológicos na saúde pública brasileira vem aumentando nas últimas décadas, porém, é necessário que novos e atuais assuntos sejam estudados, visto que a identificação de problemas relevantes formulará novas hipóteses a serem testadas.

No Brasil alguns estudos enfatizaram a saúde bucal do idoso. De acordo com Pucca Júnior e Alfredo (2002), o grau de instrução (educação), dentre outras variáveis, foi um fator determinante na saúde bucal da terceira idade. Silva (2000), em um estudo realizado com idosos de baixa renda, residentes na cidade de Araçatuba (SP), mostrou que a condição da saúde bucal não foi uma prioridade na população estudada. Saliba et al. (1999), assinalaram em seu estudo, que idosos foram capazes de avaliar suas necessidades, problemas e preocupações com a saúde bucal, bem como avaliar o recebimento de tratamento odontológico. Um fato peculiar a ser destacado é o grau de importância que é dado à saúde bucal pelos próprios idosos. Neste contexto, a preparação com a adequação e adaptação da Odontologia para o atendimento e tratamento de idosos já vem sendo foco de estudo desde o início da década de 90.

Profissionais da área de saúde bucal devem estar conscientizados da importância e dos cuidados especiais que um paciente idoso requer. Este fato não deve ser analisado somente como um reconhecimento do diferencial que este paciente necessita, mas sim, o reconhecimento da

saúde bucal como indispensável e prioritária como qualquer outro cuidado com a saúde (COLEMAN, 2002). Outros autores afirmaram e enfatizaram que pacientes idosos necessitam de atenção odontológica preventiva, como a intensificação de cuidados de higiene bucal (TIBÉRIO, SANTOS, RAMOS, 2005)

Após esta reflexão sobre diferentes abordagens da saúde bucal na população de idosos e tendo em vista o envelhecimento da população brasileira e a necessidade de novas pesquisas em saúde bucal nesta população, a presente pesquisa direcionou-se à conhecer a saúde bucal em uma população de idosos criando uma “oportunidade” para que idosos cadastrados em um serviço de saúde pública pudessem falar sobre alguns aspectos de sua saúde bucal. Frente ao fato de que, cuidar, valorizar e se queixar sobre a saúde bucal, podem variar de acordo com inúmeros aspectos, no presente trabalho houve a preocupação em levantar algumas variáveis na tentativa de observá-los.

Assim, acredita-se que algumas questões relacionadas às condições de vida dos idosos, interferem no cuidado com a saúde bucal. Será que para o idoso a autonomia sobre sua renda, o fato de morar só, a escolaridade, a quantidade de dentes e o uso de próteses interferem nos cuidados, na satisfação e na valorização da saúde bucal? Estes cuidados, preocupações e queixas variam com o avançar da idade? O idoso acha importante a saúde bucal? Quais as queixas que possivelmente estão associadas à idade e a quantidade de dentes?

Considerando o desconhecimento destas situações foi proposto desenvolver um estudo num programa de saúde da família no Município de Ribeirão Preto (SP) com os objetivos descritos a seguir.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Conhecer alguns aspectos da saúde bucal de idosos residentes na cidade de Ribeirão Preto (SP), com atividades da vida preservadas, e cadastrados em um programa de saúde da família.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantar as queixas dos idosos em relação à saúde bucal.
- Levantar os procedimentos de higiene bucal, e cuidados com próteses dentárias.
- Conhecer a satisfação e a importância dada pelos idosos à própria saúde bucal.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Área de Estudo

Ribeirão Preto é uma das maiores cidades do Estado de São Paulo com uma área territorial urbana de 274 Km² sendo considerada uma cidade de médio porte, situada no nordeste do estado, distanciando-se 313 Km da capital.

No ano de 2002 residiam em Ribeirão Preto 519.691 habitantes, dos quais 48,2% eram homens e 51,8% eram mulheres. Para o ano de 2004 a estimativa populacional foi de 542.912 habitantes. Do total da população 10,13% possuíam idade acima de 60 anos (IBGE, 2004).

A cidade é reconhecida nacionalmente como um grande centro de atenção à saúde. Sua ampla rede de serviços é uma das mais importantes e desenvolvidas do país e a ampla cobertura dos serviços de saúde para com a população do município e região é possível devido ao alto número de instituições de natureza privada, filantrópica e pública incluindo hospitais, unidades básicas de saúde e em alguns bairros os Núcleos de Saúde da Família, tão importantes na atual valorização da atenção básica em saúde.

Na cidade de Ribeirão Preto o início de prestação de serviços em atenção básica através da estratégia do Programa de Saúde da Família ocorreu em 1999. Caccia-Bava (2004), relatou que o primeiro núcleo de saúde da família foi implantado pelo Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP) na região oeste do bairro Sumarezinho. Nos anos seguintes, 2000 e 2001, seguiram-se a estruturação de outros quatro núcleos, sendo identificados respectivamente por Núcleos de Saúde da Família 2, 3, 4 e 5.

Estes núcleos são Unidades de Saúde da Família vinculadas à Universidade de São Paulo e constituem o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, em outras palavras, pode-se dizer que os mesmos são considerados portas de entrada para o sistema de saúde municipal. Os núcleos desempenham suas funções em um espaço geográfico definido como território de abrangência, e, o conjunto de pessoas e famílias

residentes na área geográfica em questão, são cadastradas nos respectivos núcleos. O território de abrangência de cada unidade é subdividido em áreas menores denominadas micro-áreas, nas quais há sempre um agente comunitário responsável, de acordo com a subdivisão de cada núcleo.

3.2 Delineamento do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido no NSF III, vinculado ao CSE-FMRP-USP. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal e exploratório, realizado por meio de entrevistas domiciliares.

3.3 População de Estudo

Compuseram a população de estudo idosos com 60 anos ou mais de idade, cadastrados no NSF III. Incluiu-se no estudo idosos conscientes e orientados no tempo e espaço, funcionalmente independentes e com suas atividades da vida cotidiana preservadas, moradores na área de abrangência do referido núcleo, e que aceitaram participar de pesquisa por livre vontade.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de dois instrumentos com diferentes finalidades. Para tanto, um questionário foi elaborado especificamente para levantar informações sobre saúde bucal, e, para avaliação neuropsicológica, foi aplicado o instrumento Mini Exame de Estado Mental.

Iniciou-se a coleta pela aplicação do “Mini Mental State Examination” (FOLSTEIN; FOLSTEIN, 1975) modificado (SEABRA et al., 1990) com o objetivo de se detectar na população os indivíduos com incapacidade cognitiva (Demência) para participação na pesquisa (Anexo C). Em outras palavras este instrumento, largamente utilizado e validado, permitiu observar se o indivíduo submetido ao instrumento, mantinha sua capacidade mental preservada, de maneira a se situar no espaço e no tempo com capacidade

de interagir em uma entrevista, proporcionando confiabilidade nas respostas. O referido instrumento foi aplicado pelo próprio investigador. Trata-se de um instrumento cuja pontuação mínima varia de acordo com a escolaridade do entrevistado. O valor mínimo utilizado, que define a sensibilidade do uso do método para rastreamento de demência em idosos com até quatro anos de estudo é de 24 pontos, e em casos de analfabetismo este valor é de 17 pontos. (FOLSTEIN; FOLSTEIN, 1975; O'CONNOR et al., 1989; SEABRA et al., 1990)

O segundo instrumento, o questionário sobre saúde bucal (Apêndice A), foi aplicado pelo pesquisador verbalmente e as respostas obtidas foram escritas por próprio punho no questionário. Trata-se de um questionário estruturado contendo 31 questões. Para a elaboração do questionário as questões relacionadas à auto-avaliação da saúde da boca e a forma como a saúde da boca afetava a vida do entrevistado foram baseadas no Projeto SB Brasil (2003). Algumas questões referentes às queixas em relação ao uso de próteses dentárias, bem como noções de higienização das mesmas, foram baseadas em estudo de Kotkin (1985), e Salles (2002).

A data em que o sujeito da pesquisa foi entrevistado bem como a data de seu nascimento, serviram de base para obtenção precisa de sua idade no momento da coleta de dados, controlando-se assim a população com 60 anos ou mais de idade.

A escolaridade foi perguntada de forma criteriosa especificando-se as possibilidades de etapas de estudos completadas ou não, referentes às diferentes nomenclaturas dos graus de escolaridade, de acordo com as mudanças ocorridas no Brasil. Para isso levantaram-se todas as possibilidades de escolaridade, variando desde analfabetismo até grau superior completo, não descartando a possibilidade de curso de períodos reduzidos para alfabetização de adultos. É válido lembrar que aqueles indivíduos que apenas sabiam assinar o próprio nome eram considerados analfabetos.

A questão “Com quem o Sr(a) mora nesta casa?” referente ao convívio na mesma residência teve como objetivo observar se os idosos da referida população conviviam só, apenas com o companheiro (cônjuge,

companheiro(a), namorado(a), etc.) ou com a família (indivíduos com algum parentesco como filhos netos irmãos e etc).

Ao se abordar a questão relacionada à renda, criteriosamente optou-se em questionar se o idoso teria alguma renda própria independente da origem e valor, podendo ser uma pensão alimentícia, uma renda referente a trabalhos manuais, aposentadoria, etc. Após abordar este aspecto o objetivo foi saber se o idoso era o único beneficiário de sua renda, se era o responsável financeiro pela casa/família ou apenas contribuía com a renda familiar. Esta variável foi levantada com a finalidade de saber se o idoso era detentor de autonomia financeira, inclusive para cuidar dos dentes e manter a saúde da boca.

A auto-avaliação da saúde da boca foi levantada perguntando-se como estava a saúde da boca na atualidade, permitindo assim uma classificação das respostas variando de “péssima” até “ótima”, analisando-se o ponto de vista do idoso.

Como o objetivo do presente estudo não foi fazer nenhuma intervenção e inspeção clínica no entrevistado para se obter o número de dentes do mesmo, esta variável foi obtida segundo informação do entrevistado que relatou ausência total de dentes, presença de alguns dentes, presença de quase todos os dentes e finalmente presença de todos os dentes. Cabe aqui ressaltar que o elemento dente nesta pesquisa, referiu-se a dentes naturais e/ou reabilitações fixas de elementos dentários protéticos. A partir desta seleção entre desdentados totais, desdentados parciais e totalmente dentados, seguiu-se uma ampla distribuição de combinações entre variáveis envolvendo cuidados com os dentes, com as próteses, e queixas específicas destas situações.

Os cuidados com os dentes foram levantados segundo relato de utilização de fio dental, bochecho com anti-sépticos bucais e frequência de escovações diárias dos dentes. Os cuidados com as próteses foram obtidos através de questões referentes ao modo e produto para escovação, bem como a frequência deste procedimento.

Para cada indivíduo desdentado total a variável referente ao uso ou não de prótese dentária total foi questionada em relação ao fato de possuir a

prótese e usá-la normalmente, possuir a prótese, porém usá-la apenas ocasionalmente, possuir a prótese e não usá-la de maneira alguma ou mesmo o fato de não possuí-la. Esta última alternativa foi possível de se analisar devido ao fato de que para qualquer indivíduo desdentado total a indicação clínica mais simples e viável economicamente é uma prótese reabilitadora total. Em outras palavras, foi possível investigar se o indivíduo que relatava não possuir dente algum, portanto indivíduo com necessidade de prótese total, a possuía ou não. Em caso de não possuí-la questionou-se o motivo de não possuir uma prótese dentária total. Esta questão não se aplicou aos indivíduos parcialmente desdentados visto que não se pode dizer, sem um exame clínico e uma avaliação de tratamento, qual é a prótese reabilitadora necessária nestes casos. Porém, para observar se os indivíduos parcialmente desdentados eram portadores de alguma prótese parcial removível, os mesmos eram questionados se possuíam esta prótese e se a usavam normalmente, possuíam mas usavam ocasionalmente e se possuíam mas nunca usavam. Ao se levantar a possibilidade de possuir alguma prótese, seja ela total ou parcial, e se levantar várias possibilidades referentes a este aspecto, foi formulada uma outra pergunta para se observar o motivo de possuir uma prótese e usá-la ocasionalmente ou mesmo não usá-la.

As questões relacionadas com as possíveis queixas foram categorizadas no questionário e aplicadas de acordo com o perfil do entrevistado. Assim, indivíduos desdentados totais não foram questionados sobre queixas em relação aos dentes, bem como os totalmente dentados não foram questionados sobre problemas com as próteses dentárias em questão. As perguntas sobre as queixas em relação aos dentes apresentavam três possíveis respostas: sim, não ou algumas vezes. Dentre as queixas relacionadas aos dentes foram questionadas as alternativas: dentes quebrados, escuros/manchados, mal posicionados, com mobilidade, desgastados, bem como dor de dente e queixas sobre a falta de dente.

Nos casos de próteses dentárias, quatro questões se referiam a esta variável. A primeira delas era relacionada ao fato de a prótese machucar (provocar traumas mecânicos) possibilitando as respostas sim, não ou

algumas vezes. Outra questão estava associada à possível movimentação da prótese ao mastigar, possibilitando três respostas: sim, as próteses superior e inferior se movimentam; sim, só a prótese superior; sim, só a prótese inferior; ou não, elas não se movimentam. Em relação a possível queixa de dificuldade em pronunciar certas palavras com a prótese três alternativas de respostas foram apresentadas; sim; não; e algumas vezes. A quarta pergunta referente a queixas com próteses foi uma questão aberta possibilitando e proporcionando liberdade para obtenção de qualquer outra alternativa relevante.

Com o intuito de se conhecer as queixas em relação à boca, pensou-se em uma gama de possíveis queixas relacionadas a esta população. Para isso o questionário foi elaborado com um número finito de queixas pré-estabelecidas e ao final um espaço para o relato de outras queixas foi disponibilizado para posterior análise e quantificação. Ao perguntar ao idoso sobre uma queixa, pré-estabelecida no questionário (Apêndice A), o mesmo tinha como possibilidade de respostas sim; não; ou algumas vezes.

A preocupação com a saúde da boca foi abordada no questionário através de duas perguntas. Primeiramente foi perguntado ao entrevistado se o mesmo achava importante se preocupar com a saúde da boca, e em seguida se o idoso entrevistado se preocupava com a mesma.

A variável “interferência da condição da boca na vida” foi estruturada em duas questões. Uma apenas com respostas afirmativa ou negativa e a outra questionando o modo como a saúde da boca interferia na vida cotidiana do entrevistado. Desta maneira o entrevistado teve como opções de resposta: “não interfere”, “interfere pouco”, “interfere mais ou menos” e “interfere muito”.

Para se observar a importância dada à saúde bucal solicitou-se ao idoso que classificasse a importância de sua saúde bucal em: importante; pouco importante; ou muito importante.

Outro aspecto levantado pelo questionário foi a regularidade na busca ao dentista para cuidados com a saúde da boca. Primeiramente o indivíduo era questionado sobre tal fato tendo como possibilidades de resposta sim ou

não. Nos casos negativos perguntou-se o motivo de não ir ao dentista, sendo esta uma pergunta aberta.

Para finalização da entrevista o questionário foi estruturado com uma última variável relacionada à satisfação com a boca de maneira que em casos de insatisfação uma última pergunta aberta foi estipulada para se obter os motivos de possíveis insatisfações.

3.5 Operacionalização

Inicialmente realizou-se um reconhecimento dos 5 núcleos de saúde da família vinculados ao CSE-FMRP-USP com o intuito de se conhecer as equipes de saúde da família, bem como as populações de idosos cadastrados em tais serviços de saúde. Reuniões para conhecimento prévio de algumas características da população foram agendadas pelo pesquisador por telefone e realizadas no mês de agosto de 2004. Essas reuniões com funcionários dos núcleos possibilitaram o conhecimento do número de pessoas com 60 anos ou mais de idade, bem como a distribuição por sexo. Estes dados foram obtidos através do consolidado das famílias cadastradas no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) de cada núcleo no dia de cada reunião. A seguir escolheu-se o Núcleo de Saúde da Família III para a realização da pesquisa por possuir um número maior de idosos em relação aos outros núcleos, bem como uma população mais homogênea em relação a características socioeconômicas. Devido ao curto espaço de tempo e escasso recurso financeiro optou-se pela realização da pesquisa em apenas um dos 5 núcleos de saúde da família. Cabe aqui enfatizar que a pesquisa foi realizada em núcleo de saúde da família devido ao fácil acesso ao sujeito da pesquisa.

Realizou-se uma apresentação verbal do projeto da pesquisa no núcleo em questão. Esta apresentação teve como finalidade a exposição da proposta da pesquisa aos membros da equipe de saúde da família, visto que haveria necessidade de aprovação, bem como a colaboração de alguns membros para acesso do pesquisador a certos instrumentos de trabalho e cadastro das famílias com indivíduos idosos, instrumentos estes referentes

aos cadernos de campo das agentes comunitárias, bem como as pastas/arquivos com informações relativas aos idosos. Este procedimento foi de fundamental importância para o conhecimento da dinâmica funcional do serviço de saúde em questão bem como da população de estudo.

Foi realizado um pré-teste do questionário de saúde bucal com o objetivo de se verificar a clareza na linguagem, o entendimento das questões abordadas por parte do entrevistado e o tempo médio para sua aplicação. Este pré-teste foi realizado em 15 idosos com idade variando entre 63 e 79 anos, escolhidos ao acaso em outro bairro, na cidade de Ribeirão Preto (SP). As entrevistas foram aplicadas nas residências após identificação do pesquisador e esclarecimento do motivo deste procedimento. Os idosos que consentiram em responder as perguntas não foram identificados no pré-teste. Após estas entrevistas, algumas alterações de ordem estrutural foram feitas no questionário, bem como a inclusão de novas maneiras de abordagem no roteiro elaborado para a entrevista.

No mês de Janeiro de 2005, foram pré-agendados dias específicos durante os quais o pesquisador teve acesso aos cadernos das agentes comunitárias. Tais cadernos de campo continham informações atualizadas sobre cada família, sendo que o núcleo de saúde da família onde se desenvolveu a pesquisa contava com 5 agentes comunitárias que eram responsáveis pelo acompanhamento de um número específico de famílias referentes a cinco micro-áreas geográficas dentro da área de atuação do núcleo (Anexo A). Os agendamentos foram necessários para que não interferissem no trabalho das agentes comunitárias. Com o acesso a tais instrumentos foi possível o levantamento da data de nascimento, nome, endereço residencial, número de cadastro da família, número de telefone e condição fisiopatológica e/ou enfermidades diagnosticadas, bem como as histórias clínicas dos indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Estes dados foram organizados para planejamento e controle do pesquisador quando em campo. Após obtenção destas informações, as mesmas foram confirmadas nos prontuários de cada uma das famílias que continham os indivíduos que seriam investigados. Ocorreram algumas correções referentes às datas de nascimento transcritas de maneira errada pelo próprio pesquisador. Pôde-se

assim constatar que a população de idosos residentes na área era composta de 503 indivíduos.

Com a colaboração das agentes comunitárias os idosos foram comunicados previamente da visita do pesquisador durante o primeiro semestre de 2005. Este comunicado foi realizado através de uma carta, entregue em mãos, esclarecendo de maneira simples o motivo da visita e o objetivo da pesquisa em questão (Apêndice B).

Durante o processo de planejamento estratégico para a realização das entrevistas, visitou-se na Prefeitura da cidade de Ribeirão Preto o Departamento de Infra-estrutura e Topografia para se ter acesso ao mapa das ruas da região em questão, com a finalidade de traçar um plano de visitas aos domicílios. Este mapa do bairro (Anexo B), possibilitou a identificação de cada rua e a organização dos números crescentes e/ou decrescentes de cada residência para facilitação e diminuição do tempo de percurso do pesquisador, visto que em todas as ruas da região haviam moradores idosos.

Após identificação da população e planejamento do estudo partiu-se para a coleta de dados o qual teve seu início no dia 02 de Maio de 2005.

As entrevistas foram realizadas somente pelo pesquisador, identificado como entrevistador através de crachá, em horários flexíveis de Segunda a Sexta-feira. A primeira visita para entrevista era realizada de maneira aleatória. Caso os idosos não fossem encontrados nas primeiras visitas, as segundas e terceiras tentativas de visita eram agendadas por telefone e/ou através do próprio idoso e/ou membros da família com os quais o pesquisador tivera contato no ato da primeira visita. Assim, novas tentativas para entrevistar os idosos, que se propunham a receber o pesquisador em outro horário ou dia, eram realizadas. Naqueles casos em que na terceira visita não se encontravam os idosos, os mesmos eram excluídos da pesquisa.

Após abordagem inicial e esclarecimento do motivo da visita, o idoso era questionado sobre a aceitação em participar da entrevista. Casos de recusa foram respeitados e a aceitação era confirmada com a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices C e D). As

entrevistas eram sempre realizadas em ambientes tranquilos, dentro das residências e/ou ambientes externos, como áreas de piscina, jardins, garagem de carros entre outros, sempre realizadas individualmente e com certa privacidade.

Iniciava-se pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental e a seguir a aplicação do questionário sobre saúde bucal, pois indivíduos com incapacidade cognitiva, eram excluídos da pesquisa.

Para a aplicação do questionário seguiu-se o roteiro de entrevista que continha diferentes maneiras de questionamento possibilitando assim a compreensão do entrevistado em todas as questões. Quanto às respostas das perguntas abertas as mesmas eram anotadas de acordo com o próprio vocabulário do entrevistado. Estas mesmas respostas foram categorizadas e quantificadas.

As entrevistas terminaram no dia 7 de Agosto de 2005, quando todas as casas da área que tinham moradores idosos atendendo aos critérios pré-estabelecidos, haviam sido visitadas.

3.6 Processamento e Análise dos Dados

Os questionários preenchidos foram arquivados e devidamente numerados de acordo com as entrevistas. Os dados foram digitados em máscara, utilizando-se o programa Epidata. Após limpeza do banco de dados, os mesmos receberam tratamento estatístico com análise descritiva de frequência simples e foram observadas associações entre variáveis categorizadas de acordo com o teste Qui-quadrado e o Teste exato de Fischer. Algumas tabelas de contingência foram agrupadas devido aos números reduzidos (em alguns casos zero) de algumas categorias de certas variáveis, sempre as adequando de acordo com indicação correta para utilização dos testes estatísticos. Para a análise utilizaram-se os programas Epi-info e Stata onde a hipótese de associação foi aceita frente valor de p menor ou igual a 0,05.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

A presente pesquisa teve seu projeto submetido à Comissão de Ética em Pesquisa do CSE-FMRP-USP, obtendo aprovação para seu desenvolvimento como mostram os Anexos D e E.

Todos os idosos participantes foram previamente orientados e concordaram por livre vontade em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo resolução do Conselho Nacional de Saúde. Nos casos de idosos não alfabetizados, a livre concordância se efetivou mediante a assinatura de um outro termo específico devidamente assinado por um responsável pelo idoso (Apêndices C e D).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo destinou-se ao conhecimento dos relatos de aspectos voltados à saúde bucal de uma população que ainda se encontra esquecida em relação a aspectos sociais, econômicos e políticos. Ao se estudar quantitativamente aspectos subjetivos da saúde bucal, como por exemplo valores, satisfações e queixas, outros aspectos surgem, criando um amplo campo para novas pesquisas. Assim, procurou-se identificar queixas, cuidados e valores em relação à saúde bucal na população estudada. Quando se pretende pesquisar tais variáveis, é de fundamental importância a preservação do estado cognitivo, da audição além da fala, motivos pelos quais é comum que considerável parcela dos idosos seja excluída.

Do total da população idosa residente na área (503 idosos), após seleção, foram entrevistados 261 indivíduos, e assim 242 idosos não participaram da pesquisa. A Tabela 1 mostra a população de idosos residentes na área de estudo segundo idade e sexo.

Tabela 1- Distribuição dos idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III, segundo idade e sexo. Ribeirão Preto, 2005

Sexo \ Idade	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino								
Não participantes	63	63,0	34	44,8	21	37,4	118	56,8
Participantes	37	37,0	42	55,2	11	65,6	90	43,2
Sub total	100	100,0	76	100,0	32	100,0	208	100,0
Feminino								
Não participantes	46	35,2	43	37,8	35	70,0	124	42,0
Participantes	85	64,8	71	62,2	15	30,0	171	58,0
Sub total	131	100,0	114	100,0	50	100,0	295	100,0

4.1 Idosos Não Participantes

Partindo-se do objetivo do estudo, e, por se tratar de uma pesquisa na qual seria necessária certa interatividade entre entrevistado e entrevistador, bem como o controle de possíveis vieses, pois a pesquisa tratou de assuntos relacionados à valores e queixas em saúde bucal, certos critérios para exclusão foram propostos e seguidos. Além destes aspectos, tem-se uma população idosa na qual vários são os motivos particulares pelos quais determinados idosos não aceitaram participar da pesquisa. Entre os 242 não participantes, assinalou-se que os motivos de exclusão foram os mais variados como, 20 idosos excluídos por incapacidade cognitiva, 102 idosos excluídos por decisão pessoal ou não autorização da família, 32 excluídos por problemas fisiopatológicos, e 88 excluídos devido a aspectos circunstanciais que surgiram durante o trabalho de campo.

Ao se abordar os cuidados com a saúde bucal, considerou-se que aspectos como higienização dos dentes e próteses estariam associados com habilidades para realização de atividades simples da vida diária, bem como a capacidade cognitiva do idoso (DAL MORO, 2003; ARAI et al., 2003). Desta forma houve a necessidade de excluir idosos que tivessem prejudicadas suas atividades da vida cotidiana.

Para selecionar os indivíduos que preservavam suas atividades cotidianas da vida seguiu-se a proposta de Veras (1994). Segundo este autor atividades como se deitar, se levantar, ir ao banheiro, andar em superfície plana, fazer compras, sair de conduções, tomar banho, limpar casa (serviços leves), e caminhar perto de casa representam certa independência e autonomia, aspectos estes que foram essenciais para o presente estudo. Nesta linha de raciocínio foram criadas categorias para melhor seleção dos indivíduos participantes.

A primeira categoria de exclusão foi representada por indivíduos que de acordo com situações fisiológicas e/ou patológicas previamente observadas nas pastas (cadastros) de histórico do paciente, não realizavam tais atividades da vida diária. Assim, excluía-se idosos acamados, aqueles que sofreram algum acidente vascular cerebral (AVC), e os portadores de limitações decorrentes de artrose e Mal de Parkinson. Estes casos foram

excluídos quando apresentavam seqüelas motoras graves que impossibilitavam atividades simples da vida diária. Esta categoria representou idosos que nestas situações dependiam de outras pessoas para cuidar da própria saúde. Estes idosos não foram entrevistados, pois dentre possíveis queixas de saúde bucal, se queixariam de situações referentes à impossibilidade de autocuidado com a mesma. Cabe aqui lembrar que higiene bucal e higienização de próteses tornam-se inadequadas devido a dificuldade e a incapacidade física do paciente (SALLES, 2002).

Uma segunda categoria, foi a exclusão por decisão pessoal do idoso e/ou família, caracterizada como a não participação bem como o não recebimento do entrevistador na residência. Nesta categoria foram agrupados casos de recusa do próprio idoso, recusa da família e ausência do idoso no domicílio na terceira visita agendada.

Os idosos também foram selecionados de acordo com a preservação de sua capacidade mental, assim possíveis erros relacionados à confiabilidade das respostas foram evitados. Incluiu-se nesta categoria indivíduos que tivessem qualquer problema de ordem mental. Agrupou-se desta maneira idosos com Mal de Alzheimer, portadores de qualquer doença mental e Artério-esclerose-cerebral, afecções estas constantes nos prontuários, bem como aqueles idosos que, submetidos ao Mini Exame do Estado Mental (SEABRA et al., 1990), não obtiveram a pontuação mínima caracterizando incapacidade cognitiva.

A última categoria nomeada de circunstancial esteve relacionada às situações vividas pelo pesquisador no trabalho de campo. Diferentes situações foram enfrentadas durante as visitas domiciliares, tendo sido observados os seguintes motivos de exclusão: idosos falecidos, residência sem morador idoso, idosos hospitalizados no período de coleta de dados, idosos cegos/diminuição da acuidade visual, idosos surdos, e idosos com câncer de laringe e/ou cordas vocais. A Tabela 2 mostra a distribuição das categorias assinaladas.

Tabela 2- Distribuição dos idosos excluídos da pesquisa segundo idade e sexo. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Idade Categorias	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino								
Incapacidade motora	7	11,1	10	29,4	10	47,7	27	22,9
Dec. pessoal/família	45	71,4	9	26,5	2	9,5	56	47,5
Problema mental	2	3,2	4	11,7	5	23,8	11	9,3
Circunstancial	9	14,3	11	32,4	4	19,0	24	20,3
Sub-Total	63	100,0	34	100,0	21	100,0	118	100,0
Feminino								
Incapacidade motora	4	8,7	13	30,2	15	42,9	32	25,8
Dec. pessoal/família	32	69,6	9	21,0	5	14,3	46	37,1
Problema mental	2	4,3	2	27,9	8	22,9	22	17,7
Circunstancial	8	17,4	9	20,9	7	20,0	24	19,4
Sub-Total	46	100,0	43	100,0	35	100,0	124	100,0

Observou-se que tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino na faixa etária mais jovem, a maior concentração de não participantes foi por decisão pessoal do idoso e/ou família, e na faixa etária mais velha a maior exclusão esteve relacionada aos motivos de incapacidade motora para atividades da vida diária, frequentes com o passar dos anos devido a várias doenças crônicas incapacitantes. Notou-se que a não participação por decisão pessoal e/ou da família foi pequena na faixa etária mais velha (Tabela 2). Estudo recente com metodologia semelhante ao presente estudo, mostrou que a recusa (decisão pessoal em não participar da pesquisa) foi alta para idosos-jovens sendo que dos 374 indivíduos do referido estudo, apenas 161 foram encontrados e consentiram em participar da pesquisa (CARVALHO, 2002).

Ao se analisar mais profundamente cada motivo de exclusão segundo sexo, como mostra a Tabela 3, observou-se que mais indivíduos do sexo masculino (27,1%) foram excluídos por não terem sido encontrados no

domicílio no momento da entrevista, na terceira visita. Acredita-se que devido aos afazeres domésticos e familiares, muitas vezes como cuidadora, foi mais fácil o acesso do pesquisador às mulheres, e, sendo assim apenas 8,1% não foram encontradas seguindo o proposto. Porém, um dado interessante também relacionado ao sexo feminino foi a maior recusa por decisão pessoal (23,4%) em relação aos homens (15,3%).

Tabela 3- Distribuição dos motivos de exclusão segundo sexo. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Exclusão	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino					
	n	%	n	%	n	%
Acamado	12	10,2	15	12,1	27	11,2
AVC / Seqüelas	3	2,5	3	2,4	6	2,5
Artrose (incap. motora)	1	0,8	7	5,6	8	3,3
Mal de Parkinson	2	1,7	3	2,4	5	2,1
Ausência na 3ª visita	32	27,1	10	8,1	42	17,4
Recusa do idoso	18	15,3	29	23,4	47	19,4
Recusa familiar	6	5,1	7	5,6	13	5,4
Mal de Ausheimer	1	0,8	1	0,8	2	0,8
Incapacidade cognitiva	5	4,2	15	12,1	20	8,3
Doença mental/ Alter. psiq.	3	2,5	3	2,4	6	2,5
Artério esclerose cerebral	2	1,7	3	2,4	5	2,1
Residência sem idoso	11	9,5	13	10,7	24	9,7
Hospitalizado	6	5,1	1	0,8	7	2,9
Cegueira /Dim. Acui. visual	2	1,7	4	3,2	6	2,5
Surdez	4	3,4	5	4,0	9	3,7
Câncer c. vocais / laringe	1	0,8	1	0,8	2	0,8
Falecido	9	7,6	4	3,2	13	5,4
Total	118	100,0	124	100,0	242	100,0

AVC – acidente vascular cerebral

Do total de idosos excluídos, 5,4% representados por 13 indivíduos, não contaram com a autorização de familiares (filhos, netos, genros, noras e etc) para participarem da pesquisa, o que evidencia a falta de autonomia dos idosos em algumas famílias, visto que o entrevistador nestes casos não teve acesso ao idoso devido a esta barreira. Dentre os motivos da quarta categoria, especial atenção foi dada ao motivo referente à residência sem morador idoso. Neste caso, 24 (9,7%) indivíduos estavam cadastrados em residências que no período da coleta de dados estavam abandonadas, com placas de disponibilidade para locação imobiliária, e casos onde atuais moradores relataram que o idoso, procurado pelo pesquisador, estava morando em “residências de outros parentes” ou em “casas de repouso”. Esta realidade foi comentada por Boechat (1994), quando relata que a sociedade e algumas famílias não estão preparadas para conviver com o indivíduo idoso, e que este raciocínio leva a institucionalização do indivíduo de idade avançada.

Para participação na pesquisa o idoso necessitava dos sentidos da audição, visão e fala, sendo que de acordo com tais requisitos 6 indivíduos cegos e/ou com acuidade visual comprometida, 9 indivíduos surdos, 1 com câncer nas cordas vocais e outro com câncer na laringe, foram excluídos da pesquisa (Tabela 3).

4.2 Características Sócio-Demográficas dos Entrevistados

Dos 261 idosos, 90 (34,5%) eram do sexo masculino e 171 (65,5%) do sexo feminino. Em relação à idade, a mesma variou de 60 a 90 anos com média de 71.8 anos de idade para o sexo masculino, sendo a moda igual a 68 anos. Em relação ao sexo feminino a idade variou entre 60 a 93 anos de idade com média de 70.1 e moda de 64 anos. No presente estudo a média de idade mais avançada para os homens deve ter ocorrido em função dos critérios de exclusão, pois muitos homens (faixa etária mais jovem) não se encontravam presentes no domicílio, por motivo de trabalho ou outro, no momento que o entrevistador fazia a visita. Nestes casos, após três visitas infrutíferas, estes idosos foram excluídos.

Verificou-se que 46,7% tinham idade variando entre 60 e 69 anos, representando o maior número de participantes, 43,3% com idade variando entre 70 e 79 anos e apenas 10,0% com mais de 80 anos. Estes 10,0% representavam 26 idosos, dos quais apenas 3 indivíduos possuíam mais que 90 anos de idade, fato este que levou o pesquisador a recompor a divisão das faixas etárias em “60 a 69”, “70 a 79” e “80 e mais”. Observou-se que para o sexo masculino a maior parcela (46,7%) estava na faixa etária de 70 a 79 anos de idade, e o sexo feminino a maior parcela (49,7%) estava representada por idosas na faixa etária entre 60 e 69 anos. Esta distribuição pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4- Distribuição dos idosos entrevistados segundo sexo e idade. Área de abrangência do Núcleo da Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Sexo \ Idade	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	37	41,1	42	46,7	11	12,2	90	100,0
Feminino	85	49,7	71	41,5	15	8,8	171	100,0
Total	122	46,7	113	43,3	26	10,0	261	100,0

Inúmeros estudos com idosos mostraram que o sexo feminino representou o maior número na população (POLETTTO, 1993; FRARE et al. 1997; SILVA, 2000; CALDAS JÚNIOR, et al. 2002; TIBÉRIO, SANTOS, RAMOS, 2005). Estudo de, Lima-Costa, Peixoto e Giatti (2004), também confirmou esta tendência decorrente das menores taxas de mortalidade entre mulheres em qualquer faixa etária. A feminização da velhice é uma constatação mundial, e no Brasil a diferença entre pessoas idosas cresce significativamente a medida que aumenta a idade. A maior longevidade da mulher no Brasil mostra que o número de idosos do sexo feminino supera em 3 pontos percentuais a do sexo masculino (IBGE, 2002).

A grande maioria da população apresentou baixa escolaridade sendo que 8,4% eram analfabetos, 60,2% possuíam de 1 a 4 anos de estudo

correspondentes ao antigo primário, 14,5% apresentavam de 5 a 8 anos de estudos correspondentes ao antigo ginásial, 8,8% apresentavam de 9 a 11 anos de estudos correspondentes ao antigo colegial ou ensino médio, e 6,2% apresentavam acima de 11 anos de estudos referentes a um curso superior. Do total da população masculina, 61,0% possuíam de 1 a 4 anos de estudo e dado semelhante foi encontrado para o sexo feminino (62,6%). Para o sexo feminino o analfabetismo foi de 9,9% e para o sexo masculino de 5,6%. Referindo-se ao outro extremo da escolaridade, observou-se que 7,8% dos homens possuíam 11 anos ou mais de estudos, em comparação às mulheres com percentual de 5,3%. Tais dados mostraram que na população estudada as mulheres proporcionalmente possuíam escolaridade inferior aos homens. Estes dados são observados na Tabela 5.

Tabela 5- Distribuição dos idosos segundo escolaridade, sexo e idade na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Escol.	Idade	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino									
Analfabeto		2	5,4	1	2,4	2	18,2	5	5,6
< 4 anos		24	64,8	21	54,8	8	72,7	55	61,0
5 a 8 anos		4	10,8	10	23,8	0	0,0	14	15,6
9 a 11 anos		3	8,2	6	14,2	0	0,0	9	10,0
> 11 anos		4	10,8	2	4,8	1	9,1	7	7,8
Sub total		37	100,0	42	100,0	11	100,0	90	100,0
Feminino									
Analfabeto		5	5,9	8	11,3	4	26,7	17	9,9
< 4 anos		52	61,1	45	63,4	10	66,7	107	62,6
5 a 8 anos		12	14,1	11	15,5	1	6,6	24	14,0
9 a 11 anos		9	10,6	5	7,0	0	0,0	14	8,2
> 11 anos		7	8,3	2	2,8	0	0,0	9	5,3
Sub Total		85	100,0	71	100,0	15	100,0	171	100,0

Escol. - Escolaridade

A baixa escolaridade da população estudada, bem como a existência de um percentual de analfabetismo eram previsíveis, pois se estudou uma população com mais de 60 anos de idade, portanto indivíduos que na idade em que deveriam ingressar na escola, o acesso ao conhecimento e a educação eram mais restritos que nos dias atuais, pois haviam menos escolas disponíveis. Neste caso a baixa escolaridade foi mais freqüente entre pessoas mais velhas. Outros autores como Linhares et al. (2003), ao estudarem as características de indivíduos atendidos em um serviço de saúde observaram baixa escolaridade entre os idosos, bem assim Peres e Peres (2003), que em seu estudo sobre determinantes das condições socioeconômicas na saúde bucal da terceira idade assinalaram que 76,67% da população estudada apresentaram baixo nível de escolaridade.

Ao se questionar com quem os idosos residiam, observou-se que a grande maioria de ambos os sexos morava com a família, o que parece ser um padrão nacional, pois ainda se valoriza manter os pais em família ou, em dadas circunstâncias como o desemprego por exemplo, os filhos voltam a conviver com os pais. Um achado interessante foi o maior número de mulheres que viviam sozinhas em comparação aos homens, sendo os percentuais respectivamente 10,5% e 5,6% como mostra a Tabela 6. Em relação ao fato de morar somente com o cônjuge (marido, companheiro, namorado) uma porcentagem maior foi observada para o sexo feminino na faixa etária idoso-jovem, provavelmente devido a maior mortalidade dos indivíduos do sexo masculino. A razão entre os sexos e o maior número de mulheres idosas que moram só torna visível o aumento gradual de viúvas na sociedade brasileira (KARSCH, 2003). No Brasil, na população em geral, as mulheres estão em maior número a partir dos 20 anos. Como tradicionalmente as uniões se dão entre homens mais velhos e mulheres mais novas, a probabilidade de uma mulher, que ficou sozinha por viuvez ou separação, refazer uma união torna-se cada vez mais difícil à medida que vai envelhecendo.

Tabela 6- Distribuição dos idosos entrevistados segundo convívio na mesma residência, sexo e idade. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Convívio \ Idade	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino								
Só	2	5,4	2	4,7	1	9,0	5	5,6
Famíliares	25	67,5	22	52,3	6	54,5	53	58,8
Cônjuge	10	27,1	18	43,0	4	36,5	32	35,6
Sub Total	37	100,0	42	100,0	11	100,0	90	100,0
Feminino								
Só	7	8,2	11	15,4	0	0,0	18	10,5
Famíliares	56	65,8	46	64,7	15	100,0	117	68,4
Cônjuge	22	26,0	14	19,9	0	0,0	36	21,1
Sub Total	85	100,0	71	100,0	15	100,0	171	100,0

Ao se observar a situação financeira dos idosos, alguns aspectos foram analisados no instrumento de coleta de dados, para se levantar situações referentes a esta variável sem proporcionar uma investigação desconfortável e invasiva ao sujeito da pesquisa. Por se tratar de um tópico delicado, visto que por muitas vezes o idoso não tem autonomia sobre seu próprio dinheiro e depende financeiramente da família para suprir suas necessidades, optou-se por dividir esta variável em três tópicos: possuir alguma renda (renda própria); ser responsável financeiro pela família; e/ou apenas contribuir com a renda familiar. Assim, o aspecto financeiro dos idosos foi levantado, porém sem possibilitar a comparação clássica com indicadores econômicos. A idéia central foi observar se o idoso usufruía sua renda com gastos próprios.

Independente do que é feito de sua renda, o idoso que a possui e não é o responsável financeiro pela família, pode ou não contribuir com a renda familiar. Quando o idoso possui alguma renda e não contribui com os gastos da família, acredita-se que seu dinheiro fica sob sua guarda, sendo direcionado da maneira que lhe convier. A Tabela 7 mostra o perfil da população estudada em relação à renda.

Tabela 7- Distribuição dos idosos entrevistados segundo situação financeira, sexo e idade. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Idade \ Renda	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Renda própria									
Masculino									
Sim	37	100,0	42	100,0	10	90,9	89	98,8	
Não	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	1,2	
Feminino									
Sim	55	64,7	55	77,4	14	93,3	124	72,5	
Não	30	35,3	16	22,6	1	6,7	47	27,5	
Responsabilidade financeira família									
Masculino									
Sim	31	83,7	26	61,9	5	50,0	62	69,6	
Não	6	16,3	16	38,1	5	50,0	27	30,4	
Feminino									
Sim	23	41,8	20	36,3	0	0,0	43	34,6	
Não	32	58,2	35	63,7	14	100,0	81	65,4	
Contribuição renda familiar									
Masculino									
Sim	6	100,0	16	100,0	3	60,0	25	92,6	
Não	0	0,0	0	0,0	2	40,0	2	7,4	
Feminino									
Sim	25	78,2	29	82,8	10	71,4	64	79,0	
Não	7	21,8	6	17,2	4	28,6	17	21,0	

Sob esta óptica, observou-se que a quase totalidade dos indivíduos do sexo masculino possuía renda, sendo que na faixa etária com mais de 80 anos de idade, apenas 1,2% relataram não possuir renda alguma e dependiam financeiramente da família. O mesmo não foi observado entre os indivíduos do sexo feminino onde porcentagem maior (27,5%) alegou não possuir renda alguma. Peres e Peres (2003), em seu estudo populacional obtiveram dados semelhantes mostrando a baixa condição econômica dos idosos estudados, sendo que 13,34% não possuíam renda alguma e 63,34% possuíam rendimentos muito baixos.

Como era de se esperar, a maioria dos homens (69,6%), eram responsáveis financeiros pela família e 34,6% das mulheres, que possuíam alguma renda, também desempenhavam este papel. Seguindo este raciocínio, entre aqueles indivíduos que possuíam alguma renda e não eram responsáveis financeiros pela casa, observou-se que os homens (92,6%) contribuíam com a renda familiar em maior proporção que as mulheres (79,0%). Pode-se dizer que na população estudada foi maior o número de mulheres que possuíam alguma renda para gastos próprios.

Observou-se também que o número de idosos que relatou ser responsável financeiro pela casa/família, decresceu com o avançar da idade, fato este também relatado por Neri (1999), que mostrou que independente do sexo, a participação do “chefe da família” como provedor financeiro da casa/família tende a declinar ao longo da vida.

4.3 Condições e Cuidados com a Saúde Bucal

Por se tratar de um estudo descritivo transversal e seguindo-se os seus objetivos, tornou-se relevante caracterizar a população de estudo de acordo com variáveis relacionadas às condições de saúde bucal, bem como cuidados com dentes e/ou próteses referidos no momento em que os sujeitos da pesquisa foram entrevistados. De acordo com Tibério, Santos e Ramos (2005), um estudo transversal em populações de idosos, não permite análise de progressão de doença bucal, mas auxiliam no planejamento de programas preventivos.

Na população estudada, observou-se que 48,2% dos idosos eram desdentados totais, 45,6% eram desdentados parciais e 6,2% eram totalmente dentados. Dentre os idosos, não haviam indivíduos com 80 anos e mais totalmente dentados, sendo a que na faixa etária mais jovem a quantidade de dentes relatada foi maior. De acordo com a Tabela 8, tanto para o sexo feminino (53,1%) quanto para o sexo masculino (62,5%), a maior frequência foi de indivíduos desdentados parciais na faixa etária de 60 a 69 anos. Tibério, Santos e Ramos (2005), em seu estudo sobre necessidade de tratamento periodontal, observaram que 55,74% dos idosos eram desdentados totais, dado este semelhante ao presente estudo.

Tabela 8- Distribuição dos idosos segundo quantidade de dentes e algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável		Desdentados Totais		Desdentados Parciais		Totalmente Dentados		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	60 a 69	8	21,1	25	53,1	4	80,0	37	41,1
	70 a 79	23	60,5	18	38,2	1	20,0	42	46,7
	80 e +	7	18,4	4	8,7	0	0,0	11	12,2
Feminino	60 a 69	31	35,2	45	62,5	9	81,8	85	49,7
	70 a 79	44	50,0	25	34,7	2	18,2	71	41,5
	80 e +	13	14,8	2	2,8	0	0,0	15	8,8
Escolaridade	Analf.	17	13,4	5	4,3	0	0,0	22	8,6
	< 4	85	67,4	66	55,4	11	68,7	162	62,0
	5 a 8	16	12,6	20	16,8	2	12,5	38	14,5
	9 a 11	7	5,5	15	12,6	1	6,3	23	8,8
	> 11	1	1,1	13	10,9	2	12,5	16	6,1
Convívio	Só	16	12,8	4	3,5	3	25,0	23	8,9
	Família	86	68,2	74	62,1	10	50,0	170	65,1
	Cônjuge	24	19,0	41	34,4	3	25,0	68	26,0
Ren. própria	Sim	104	85,2	96	82,7	13	81,2	213	81,6
	Não	22	14,8	23	17,3	3	18,8	48	18,4
Resp. finan.	Sim	46	44,3	52	54,1	7	53,8	105	49,3
	Não	58	55,7	44	45,9	6	46,2	108	50,7
Cont. Renda	Sim	50	86,2	34	77,2	5	83,3	89	82,4
	Não	8	13,8	10	22,8	1	16,7	19	17,6

Para a análise estatística as categorias “alguns dentes” e “quase todos os dentes” foram agrupadas em indivíduos desdentados parciais e, neste caso, houve associação estatisticamente significativa entre idade e quantidade de dentes relatada ($p=0,000$) (Tabela 9). A Tabela 9 mostra apenas o valor da maior frequência das variáveis testadas. As tabelas com todas as frequências das variáveis são mostradas no Apêndice E.

Tabela 9- Distribuição percentual de algumas variáveis segundo quantidade de dentes. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável	Desdentados totais	Desdentados parciais	Totalmente dentados	p
Sexo (% Feminino)	51,5	42,1	6,4	0,295
Idade (% 70 e +)	62,6	32,5	4,9	0,000*
Escolaridade (% Até 4 anos)	55,4	38,5	6,1	0,002*
Convívio (% Família)	50,6	43,5	5,9	0,007*
Renda Própria (% Sim)	48,8	45,0	6,2	0,931
Resp. Financ. (% Sim)	43,8	49,5	6,7	0,352
Contrib. Renda (% Não)	42,1	52,6	5,3	0,501

* Associação estatisticamente significativa

Leite (2001), observou no seu levantamento em saúde bucal, que 75,7% de idosos estudados eram desdentados totais. Caldas Júnior et al. (2002), mostraram que apenas 5,0% dos idosos possuíam mais de 20 dentes na cavidade bucal, semelhante ao presente estudo que observou uma grande parcela de desdentados parciais e totais. Observou-se que 31,0% dos idosos desdentados totais encontravam-se na faixa etária mais jovem sendo 21,1% homens e 35,2% mulheres (Tabela 8), e observação semelhante também foi feita por Carvalho (2002) que levantou informações sobre a condição dentária de pessoas entre 60 a 65 anos através de entrevistas domiciliares, e observou que 37,9% dos idosos eram

desdentados totais. Este mesmo estudo mostrou que 14,9% dos examinados possuíam menos que 20 dentes naturais.

Apesar da baixa escolaridade da população, pôde-se observar que dentre indivíduos totalmente dentados houve maior freqüência de entrevistados com 11 anos ou mais de estudo (12,5%) quando comparados àqueles com menor quantidade de dentes. Situação oposta foi observada para os desdentados totais onde apenas 1,1% possuíam tal escolaridade (Tabela 8). Houve associação estatisticamente significativa entre escolaridade e quantidade de dentes relatada ($p=0,002$) como mostrou a Tabela 9. Um estudo desenvolvido por Silva (2000), observou clinicamente, que idosos com baixa escolaridade tinham menor número de dentes, sendo que 42,9% dos indivíduos com até 4 anos de estudo eram desdentados totais. Apesar da diferente metodologia para observação da quantidade de dentes, tais resultados são semelhantes ao presente estudo.

Em relação ao convívio e as variáveis indicativas da situação financeira observou-se associação estatisticamente significativa apenas entre convívio e quantidade de dentes relatada ($p=0,007$), visto que proporcionalmente foi maior o número de indivíduos totalmente dentados que moravam só (25,0%) ou apenas com o cônjuge (25,0%) quando comparados com edêntulos como mostraram as Tabelas 8 e 9. Alguns autores como HAND; HUNT; KOHOUT, (1991), ao pesquisarem a incidência de perda dentária em idosos com mais de 65 anos na cidade de Iowa nos Estados Unidos da América, mostraram dado semelhante ao presente estudo onde, possuir maior número de dentes esteve estatisticamente associado ao fato de morar só ($p=0,025$).

Ao se observar as variáveis relacionadas à condição referente à renda do idoso não houve associação estatisticamente significativa entre possuir renda ($p=0,931$), ser responsável financeiro ($p=0,551$) ou apenas contribuir com a renda da família (0,501) e quantidade de dentes relatada como descrito na Tabela 9. Estudo recente realizado com uma amostra de idosos não institucionalizados em uma capital brasileira mostrou que não houve associação entre o edentulismo e a renda dos idosos, como no presente estudo (CALDAS JÚNIOR, 2002).

Como se pôde observar com relação a auto-avaliação da saúde bucal, a maioria relatou que a saúde da boca era “Boa ou Ótima”, parecendo que esta variável nada se relaciona à presença ou não de dentes, como mostra a Tabela 10.

Tabela 10- Quantidade de dentes relatada pelos idosos segundo algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável		Desdentados		Desdentados		Totalmente		Total
		Totais		Parciais		Dentados		
		n	%	n	%	n	%	n
Auto-avali.	Péssima/ Ruim	5	4,0	17	14,4	2	12,5	24
	Regular	24	19,0	34	28,5	2	12,5	60
	Boa/Ótima	97	77,0	68	57,1	12	75,0	177
Satisfação	Insatisfeito	36	28,5	53	44,5	5	31,2	94
	Satisfeito	74	58,7	58	48,7	6	37,6	138
	Muito satisfeito	16	12,8	8	6,8	5	31,2	29
Valor	Pouco Importante	26	20,7	6	5,1	1	6,3	33
	Importante	57	45,2	53	44,5	7	43,7	117
	Muito importante	43	34,1	60	50,4	8	50,0	111

Na Tabela 11, nota-se que houve associação estatisticamente significativa da auto-avaliação da saúde bucal com o relato da quantidade de dentes ($p=0,004$), visto que tanto para desdentados totais e parciais como para os totalmente dentados, a maioria dos idosos avaliou sua saúde bucal como “Boa ou Ótima”. É necessário observar que a Tabela 11 mostra cada variável testada, onde apenas os valores percentuais mais relevantes são descritos. As tabelas com todas as categorias das variáveis são mostradas no Apêndice E.

Tabela 11-Distribuição percentual de algumas variáveis segundo quantidade de dentes relatada por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável	Desdentados totais	Desdentados parciais	Totalmente dentados	p
Auto-avaliação (% Boa/ Ótima)	54,8	38,4	6,8	0,004*
Satisfação (% Satisfeito)	53,6	42,0	4,4	0,006*
Valor saúde bucal (% Importante)	48,7	44,4	6,9	0,002*

* Associação estatisticamente significante

Valores em negrito - Teste exato de Fisher

Os indivíduos desdentados totais avaliaram sua saúde bucal positivamente (77,0%) em relação aos indivíduos parcialmente desdentados (57,1%) (Tabela 10). Este fato mostra que a ausência parcial de dentes esteve relacionada a uma auto-avaliação menos positiva da saúde bucal. Dados semelhantes foram relatados na literatura, onde Silva (1999) em seu estudo, sobre autopercepção de saúde bucal, observou que 42,7% dos idosos dentados avaliaram sua condição bucal como regular e os 55,8% dos desdentados totais afirmaram que sua saúde bucal era boa.

Quando os idosos foram questionados sobre satisfação em relação a sua condição da saúde bucal, observou-se que para todos os indivíduos, independente da quantidade de dentes relatada, a resposta mais expressiva foi a satisfação. Houve associação estatisticamente significante entre quantidade de dentes relatada e satisfação ($p=0,006$), e assim observou-se que dentre os satisfeitos, 53,6% eram desdentados totais, 42,0% eram parcialmente dentados e apenas 4,4% eram totalmente dentados, como mostra a Tabela 11. A associação entre a satisfação e a quantidade de dentes foi encontrada também na literatura em estudo de Carvalho (2000), que mostrou que houve associação entre a satisfação com a saúde bucal e o número de dentes, porém esta situação foi superestimada, ou seja, condições clínicas ruins, mas satisfação com a saúde bucal.

Outro aspecto, abordado no presente estudo, foi à importância atribuída à saúde da boca para os indivíduos idosos. Ao se analisar esta variável com a quantidade de dentes relatada, a saúde bucal foi referida como “Muito Importante” por indivíduos totalmente dentados (50,0%), e por indivíduos parcialmente desdentados (50,4%). Já para os indivíduos edêntulos o valor da saúde bucal foi considerado “Importante” (45,2%) (Tabela 10). De acordo com a análise estatística houve associação significativa ($p=0,002$) entre quantidade de dentes relatada e o valor dado à saúde bucal, como observado na Tabela 11. Desdentados totais valorizaram menos a saúde da boca. Na literatura foi possível observar que os idosos buscam melhores condições de vida e saúde geral, deixando em segundo plano a saúde da boca, como relatado por Peres e Peres (2003). O presente estudo observou quantitativamente relatos de importância para com a saúde bucal, porém é relevante assinalar que a importância dos dentes e próteses, para os idosos, variam de indivíduo para indivíduo de acordo com comportamentos, comunicação, higiene oral, digestão, prazer em comer, e ainda aspectos psicológicos e sociais como tem sido relatado na literatura (CASTILHO, 2001).

Ao se observar a situação protética, não houve diferença significativa entre os sexos. Observou-se esta variável, bem como o tempo em anos da utilização de próteses totais e parciais superiores e inferiores segundo a idade. Foi possível observar que a prótese total inferior representou um elemento crítico nas idades mais avançadas. Segundo o constante na Tabela 12, tem-se que apenas 50,0% dos idosos, com 80 anos ou mais, disseram que utilizavam a prótese normalmente, sendo que na faixa etária mais jovem o uso freqüente foi mais elevado (84,7%).

Tabela 12- Condição protética dos idosos desdentados totais e parciais segundo idade. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Idade \ Variável	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prótese total								
Superior								
Tem e usa	62	100,0	84	98,8	21	91,4	167	98,2
Tem mas nunca usa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tem, usa algumas vezes	0	0,0	1	1,2	1	4,3	2	1,2
Realmente não tem	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	0,6
Inferior								
Tem e usa	33	84,7	50	72,4	10	50,0	93	76,6
Tem mas nunca usa	1	2,5	7	10,1	4	20,0	12	9,3
Tem, usa algumas vezes	2	5,0	4	5,9	3	15,0	9	3,2
Realmente não tem	3	7,8	8	11,6	3	15,0	14	10,9
Prótese Parcial Removível								
Superior								
Tem e usa	17	85,0	13	92,8	2	100,0	32	90,0
Tem mas nunca usa	3	15,0	0	0,0	0	0,0	3	7,5
Tem, usa algumas vezes	0	0,0	1	7,2	0	0,0	1	2,5
Inferior								
Tem e usa	23	79,3	17	89,5	3	100,0	43	84,3
Tem mas nunca usa	4	13,7	2	10,5	0	0,0	6	11,7
Tem, usa algumas vezes	2	7,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0

Um dado relevante no presente estudo foi o aspecto voltado à necessidade do uso de prótese. Sabe-se que, para indivíduos desdentados totais a indicação clínica e o tratamento mais acessível economicamente é a reabilitação protética através do uso de prótese total, e, o mesmo não é verdadeiro para casos de desdentados parciais, visto que inúmeros são os possíveis tratamentos indicados para reabilitação protética nesta situação. Baseado neste raciocínio, os indivíduos desdentados parciais não foram questionados sobre a possibilidade de não possuírem especificamente uma

prótese parcial removível (PPR), pois poderiam possuir outro tipo de reabilitação, como prótese removível com encaixe sobre implantes e ou reabilitações fixas. Assim 15,0% dos indivíduos desdentados totais, com 80 anos ou mais, afirmaram não possuir prótese total inferior, sendo esta resposta observada respectivamente em 11,6% e 7,8% para as faixas etárias 70 a 79 e 60 a 69 anos (Tabela 12). Dados semelhantes foram encontrados por Silva (2000), que mostrou em seu estudo ser mais freqüente o número de idosos que necessitavam, porém não tinham e/ou tinham e não usavam nenhuma reabilitação protética. Para a população brasileira esta porcentagem foi de 23,81% nos indivíduos idosos (Projeto SB Brasil, 2003). Frare et al. (1997), em levantamento sobre problemas em saúde bucal na terceira idade, observaram que, 68,3% dos idosos edentulos utilizavam somente prótese total superior. Salles (2002), relatou em seu estudo que 8,0% dos idosos não utilizavam prótese total alguma. Caso semelhante ao presente estudo foi relatado por Leite (2001) que encontrou, 32,0% de idosos desdentados totais que não possuíam próteses totais inferiores. Ao estudar aspectos sobre o uso de prótese dentária em idosos atendidos em um serviço de geriatria, Guerra et al. (2000), observaram que 42,9% dos idosos desdentados totais entrevistados em sua pesquisa não eram usuários de próteses totais inferiores. Estudo realizado na cidade de São Paulo no início da década de 90, mostrou, como no presente estudo, que é elevado (13,0%) o número de desdentados totais com 60 anos ou mais de idade, que não possuem prótese total inferior, bem como prótese alguma (11,0%) (ROSA, et al 1992).

Como descrito anteriormente, uma parcela dos desdentados totais relatou não possuir prótese total. A Figura 1 mostra os indivíduos nesta situação que relataram com maior freqüência não possuir prótese total por não achar necessário.

Figura 1. Motivos relatados por não possuir prótese total. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Ao serem questionados sobre o fato de não utilizarem ou fazerem uso esporádico de qualquer prótese, observou-se as respostas assinaladas na Figura 2. Dentre todos motivos relatados no presente estudo o mais freqüente esteve relacionado ao fato de não se adaptar e/ou não se acostumar ao uso da prótese. Entre os desdentados totais, 13 idosos relataram este motivo (39,3%).

Figura 2. Motivos relatados por possuir prótese e não fazer uso. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Salles (2002), observou em seu estudo populacional que 28,0% de idosos desdentados totais relataram estarem acostumados com uso de próteses totais provocando traumas mecânicos na cavidade bucal, e que 35,0% não utilizavam estas próteses por não se adaptarem ao uso, dado semelhante ao presente estudo. Frare et al. (1997), observaram, em seu inquérito domiciliar na cidade de Pelotas (RS), que 68,3% de idosos entrevistados não utilizavam suas próteses inferiores por desconforto. No presente estudo 7 idosos, representando 21,2%, não utilizavam suas próteses (superiores ou inferiores) devido à mobilidade da(s) mesma(s) que causavam desconforto (Figura 2).

Um dado interessante observado na Tabela 13, que apareceu em todas as faixas etárias, referiu-se ao maior contingente de idosos fazendo uso de próteses totais superiores (PTS) há 30 anos ou mais, já em relação ao tempo de uso para próteses totais inferiores (PTI) apenas idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (38,8%) utilizavam há menos tempo (0 a 14 anos). Estes dados mostraram a precoce perda dentária na população estudada que é semelhante à situação protética da população brasileira (PROJETO SB BRASIL, 2003). Salles (2002), observou em seu estudo que a maior parcela de idosos desdentados totais eram usuários de próteses totais há mais de trinta anos como visto no presente estudo.

Tabela 13- Tempo em anos referente ao uso de prótese dentária segundo idade. Relato de idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável		60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
PTS	0-14	18	29,0	11	13,0	3	13,6	32	18,9
	15-29	11	17,7	25	29,4	4	18,2	40	23,7
	30 ou +	33	53,3	49	57,6	15	68,2	97	57,4
PTI	0-14	14	38,8	9	14,8	5	29,4	28	24,6
	15-29	11	30,6	21	34,4	1	5,9	33	28,9
	30 ou +	11	30,6	31	50,8	11	64,7	53	46,5
PPRS	0-14	15	75,0	5	35,7	1	50,0	21	58,3
	15-29	3	15,0	6	42,9	1	50,0	10	27,0
	30 ou +	2	10,0	3	21,4	0	0,0	5	13,9
PPRI	0-14	24	82,8	6	31,6	1	33,3	31	60,8
	15-29	2	6,9	8	42,1	2	66,7	12	23,5
	30 ou +	3	10,3	5	26,3	0	0,0	8	15,7

PTI – prótese total inferior, PTS – prótese total superior, PPRS – prótese parcial removível superior

PPRI – prótese parcial removível inferior

Outro aspecto envolvendo as características da população de estudo segundo situação odontológica foi o relato dos cuidados com a saúde bucal. Neste contexto, analisou-se cuidados com os dentes, e cuidados com próteses. De acordo com os dados da Tabela 14, três aspectos foram abordados para se observar os cuidados com os dentes. Observou-se que para os idosos do sexo feminino o número diário de escovações foi maior que o número relatado pelo sexo masculino, dentre os quais 44,2% relataram escovar os dentes três vezes ao dia e no sexo feminino esta mesma frequência de escovação foi relatada por 61,4% das idosas. Além disto, observou-se que, na faixa etária mais velha o número de escovações diárias diminuiu, para ambos os sexos (Tabela 14).

Tabela 14- Cuidados com os dentes relatados pelos idosos segundo idade. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Escovação Dentária</i>								
Masculino								
Uma vez ou -	1	3,6	1	5,4	1	25,0	3	5,8
Duas vezes	14	48,2	9	47,3	3	75,0	26	50,0
Três vezes ou +	14	48,2	9	47,3	0	0,0	23	44,2
Feminino								
Uma vez ou -	0	0,0	1	3,8	1	50,0	2	2,5
Duas vezes	17	31,4	12	44,4	1	50,0	30	36,1
Três vezes ou +	37	48,1	14	51,8	0	0,0	51	61,4
<i>Fio dental diário</i>								
Masculino								
Sim	11	38,0	8	42,2	0	0,0	19	36,6
Não	18	62,0	11	57,8	4	100,0	33	63,4
Feminino								
Sim	32	59,2	13	48,2	0	0,0	45	54,2
Não	22	40,8	14	51,8	2	100,0	38	45,8
<i>Bochechos diários</i>								
Masculino								
Sim	13	44,9	4	20,0	1	25,0	18	34,7
Não	16	55,1	15	80,0	3	75,0	34	65,3
Feminino								
Sim	20	36,4	9	33,4	0	0,0	29	35,0
Não	35	63,6	18	66,6	2	100,0	54	65,0

Constatou-se que houve associação estatisticamente significativa entre relato de frequência diária de escovação dentária e idade ($p=0,038$), sendo que 70,0% dos idosos que relataram escovar os dentes três vezes ao dia possuíam entre 60 e 69 anos. Assim, com o avançar da idade o número de escovações dentárias diminuiu, como mostra a Tabela 15. Cabe aqui observar que a Tabela 15 mostra cada variável testada, onde apenas os valores percentuais mais frequentes foram apresentados. As tabelas com todas as categorias das variáveis são mostradas no Apêndice E.

Tabela 15- Distribuição percentual dos cuidados com dentes e/ou próteses segundo idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável	60 a 69	70 a 79	80 e +	p
Escovação dentária (% Três vezes ou +)	70,0	30,0	-	0,038*
Fio dental diário (% Não)	56,4	43,6	-	0,196
Bochechos diários (%Não)	56,8	43,2	-	0,128
Maneira escovação prótese (%Água +pasta)	41,6	47,2	11,2	0,088
Escovação próteses (% Três vezes ou +)	50,5	42,4	7,1	0,080
Visita ao dentista (%Não)	39,6	48,3	12,1	0,025*
Preocupação saúde bucal (%Sim)	51,2	40,7	8,1	0,014*
Importância saúde bucal (%Importante)	47,8	44,4	7,8	0,000*

* Associação estatisticamente significativa
Valores em negrito - Teste exato de Fisher

Frare et al. (1997), observaram em seu estudo que, 48,2% dos idosos relataram escovar seus dentes três vezes ao dia, fato semelhante ao presente estudo, porém segundo os mesmos autores, clinicamente esta situação não foi comprovada. Estudo recente em uma população de idosos, para observação de fatores socioeconômicos associados aos cuidados com

a saúde bucal, mostrou que 36,67% dos idosos não tomavam qualquer tipo de cuidado com a saúde bucal (PERES; PERES, 2003).

Outros cuidados com os dentes parecem não serem habituais para os idosos estudados, visto que não se encontrou associação estatisticamente significativa entre uso de fio dental ($p=0,196$), e bochechos específicos para cuidados dos dentes e/ou gengiva ($p=0,128$), e idade, como mostrou a Tabela 15. Este fato ocorreu provavelmente devido ao grande número de espaços anodonticos em indivíduos com alguns dentes. Independente deste aspecto, de maneira descritiva foi possível observar, na Tabela 14, que os idosos do sexo feminino relataram uso de fio dental diário em maior proporção que os homens.

Em relação aos cuidados com as próteses, a maneira ($p=0,088$), bem como, a frequência diária de escovação criteriosa das próteses ($p=0,080$), não estiveram associadas estatisticamente à idade (Tabela 15). No entanto como mostra Tabela 16, observou-se que os indivíduos do sexo feminino (52,4%) escovavam as próteses com maior frequência que os idosos do sexo masculino (33,3%).

Tabela 16- Cuidados com próteses segundo idade, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Maneira escovação								
Masculino								
Água + escova	0	0,0	2	5,5	1	11,2	3	4,4
Água + escova + p. dente	21	91,3	29	78,3	7	77,6	57	82,6
Água + escova + sabão	2	8,7	6	16,2	1	11,2	9	13,0
Feminino								
Água + escova	0	0,0	4	6,3	1	6,7	5	3,5
Água + escova + p. dente	55	82,0	56	88,8	13	86,6	124	85,5
Água + escova + sabão	12	18	3	4,9	1	6,7	16	11,0
Escovação diária								
Masculino								
Uma vez ou -	0	0,0	10	26,8	4	44,4	14	20,4
Duas vezes	12	52,1	16	43,2	4	44,4	32	46,3
Três vezes ou +	11	47,9	11	30,0	1	11,2	23	33,3
Feminino								
Uma vez ou -	9	13,5	3	4,8	2	13,4	14	9,6
Duas vezes	19	28,3	29	46,0	7	46,6	55	38,0
Três vezes ou +	39	58,2	31	49,2	6	40,0	76	52,4

Independente do sexo dos idosos, estudos mostraram que a maioria relatou escovar as próteses com água, escova e pasta de dente, três vezes ao dia (LEITE, 2001; SALLES, 2002). Guerra et al. (2000), mostraram dado semelhante em seu estudo, segundo o qual 45,0% dos idosos relataram escovar as próteses duas vezes ao dia. Mello e Ferreira (2001), relataram que 100% dos idosos de seu estudo escovavam dentes e próteses com

escova e pasta, todavia 14,9% não escovavam todos os dias. Este último aspecto difere do presente estudo visto que 5,8% dos homens e 2,5% das mulheres relataram escovação dentária uma vez ou menos ao dia, e, para escovação das próteses esta porcentagem foi respectivamente 20,4% e 9,6% (Tabelas 14 e 16).

Os idosos também foram questionados sobre os valores que atribuíam à saúde bucal. Como traz a Tabela 17, os idosos do sexo feminino relataram em maior porcentagem que a saúde bucal era “Muito importante” (47,3%) em comparação ao sexo masculino (33,3%), e ao se observar estatisticamente como mostrou a Tabela 15, houve associação estatisticamente significativa entre os valores dados à saúde bucal e idade ($p=0,000$), sendo que com o passar do tempo a saúde bucal obteve menor valor. Neste contexto observou-se que homens relataram dar menor importância à saúde bucal (14,5%).

Tabela 17- Visita ao dentista, preocupação e importância para com a saúde bucal, segundo idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Visita ao dentista</i>								
Masculino								
Sim	19	51,4	15	35,7	4	36,4	38	42,2
Não	18	48,6	27	64,3	7	63,6	52	57,8
Feminino								
Sim	44	51,8	26	36,6	4	26,7	74	43,2
Não	41	48,2	45	63,4	11	73,3	97	56,8
<i>Preocupação</i>								
Masculino								
Sim	34	92,0	31	73,8	5	45,5	70	77,7
Não	3	8,0	11	26,2	6	54,5	20	22,3
Feminino								
Sim	69	81,2	51	71,8	11	73,3	131	76,6
Não	16	18,8	20	28,2	4	26,7	40	23,4
<i>Importância</i>								
Masculino								
Pouco importante	3	8,2	5	12,0	5	45,4	13	14,5
Importante	19	51,3	23	54,7	5	45,4	47	52,2
Muito importante	15	40,5	14	33,3	1	9,2	30	33,3
Feminino								
Pouco importante	3	3,5	11	15,6	6	40,0	20	11,8
Importante	37	43,5	29	40,8	4	26,7	70	40,9
Muito importante	45	53,0	31	43,6	5	33,3	81	47,3

Quanto à visita periódica ao dentista para cuidados com a saúde bucal, observou-se que os homens e as mulheres responderam igualmente ao questionário (Tabela 17).

Em geral em idades mais avançadas os idosos relataram ir menos ao dentista. Houve associação estatisticamente significativa entre visita ao dentista e idade ($p=0,025$) (Tabela 15). Segundo Salles (2002), 87,0% dos idosos de seu estudo não procuravam assistência odontológica com frequência, dado que se assemelha ao presente estudo. Devido a pouca procura para assistência odontológica observada no presente estudo, a Figura 3 descreve a justificativa dos idosos para não irem ao dentista.

Figura 3. Motivos para não ir ao dentista, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Alguns dos motivos alegados como medo de ir ao dentista, dificuldade de acesso, dificuldade financeira, insatisfação com tratamento odontológico anterior, devem ser tratados com atenção especial. Assim observou-se que a falta de sintomatologia dolorosa relatada por 24 idosos (16,1%), bem como serem portadores de próteses totais, relatado por 77 idosos (51,6%), eram aspectos que refletiam seus próprios pontos de vista, condições estas que

os desvinculavam de qualquer procedimento preventivo e de acompanhamento de doenças e/ou situações incômodas na manutenção da saúde bucal. Guerra et al. (2000) em seu estudo mostraram que 85,7% dos idosos não procuravam o dentista porque não tinham hábito ou costume, e, no presente estudo este relato foi proporcionalmente menor sendo referido por apenas 10 entrevistados, o que corresponde a 6,7% do total daqueles que não iam ao dentista. Este valor foi discrepante em relação ao estudo de Weyant et al (2004), onde 93,6% dos idosos relataram não ir ao dentista, há mais de um ano, porquê possuíam dentadura.

Em paralelo a esta situação observou-se que os idosos relataram se preocupar com a saúde da boca (Tabela 17) e houve associação estatisticamente significativa entre a referida preocupação e idade ($p=0,014$) como traz a Tabela 15. Sendo assim quanto mais avançada a idade menor foi a preocupação com a saúde bucal.

4.4 Queixas Referidas em Saúde Bucal

Ao queixar-se, o indivíduo verbaliza um desconforto, um incômodo ou mesmo uma sintomatologia que acrescida aos sinais de determinada doença acaba por auxiliar ou mesmo diagnosticar determinada enfermidade.

A verbalização de uma insatisfação ou, como citado anteriormente, incômodo ou desconforto, gera na maioria das vezes a busca por conhecimento e informação voltados aos cuidados e tratamentos com a saúde bucal. Estes aspectos evidenciam a importância em se produzir uma relação de escuta e vínculo que norteiam as necessidades de saúde do indivíduo (RAMOS; LIMA, 2003; MISHIMA et al., 2004). Segundo Mojon e Macentee (1992) as queixas mais freqüentes relatadas em saúde bucal são semelhantes em relação à real necessidade clínica de tratamento odontológico.

Para melhor discussão das queixas foram observadas as de maior freqüência, bem como divididas em queixas em relação aos dentes, em relação às próteses e outras queixas em saúde bucal.

As queixas como dentes fraturados, mal-posicionados, com desgastes oclusais, com alterações de cor e com mobilidade, foram pouco relatadas, e, por este motivo foram agrupadas em apenas uma categoria identificada como Condição Dentária (Tabela 18).

Tabela 18- Queixas referentes aos dentes, segundo sexo e idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Queixas		60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino									
Cond. Dentária*	Sim	10	34,4	7	37,0	2	50,0	19	36,5
	A.v	2	7,0	0	0,0	1	25,0	3	5,8
	Não	17	58,6	12	63,0	1	25,0	30	57,7
Dor de dente	Sim	0	0,0	2	10,0	1	25,0	3	6,0
	A.v	4	13,8	2	10,0	1	25,0	7	13,3
	Não	25	86,2	15	80,0	2	50,0	42	80,7
Falta de dentes	Sim	4	13,7	5	26,4	0	0,0	9	17,3
	A.v	1	3,6	0	0,0	0	0,0	1	2,0
	Não	24	82,7	14	73,6	4	100,0	42	80,7
Feminino									
Cond. Dentária*	Sim	21	38,8	9	33,3	2	100,0	32	38,5
	A.v	1	1,2	1	3,7	0	0,0	2	1,5
	Não	32	60,0	17	63,0	0	0,0	49	60,0
Dor de dente	Sim	8	14,8	2	7,5	0	0,0	10	12,1
	A.v	7	13,0	5	18,5	0	0,0	12	14,4
	Não	39	72,2	20	74,0	2	100,0	61	73,5
Falta de dentes	Sim	12	22,3	5	18,6	0	0,0	17	20,5
	A.v	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não	42	77,7	22	81,4	2	100,0	66	79,5

* Fratura, mobilidade, desgaste, mal-posicionamento, coloração

A.v. - Algumas vezes

Para a idade mais avançada (80 anos e mais), foi possível constatar que 100% das mulheres e 50,0% dos homens se queixaram da condição dentária. Este fato ocorreu provavelmente porque estes idosos possuíam poucos dentes, e, em condições não saudáveis. A dor e a falta de dentes não foram queixas freqüentes nos idosos em idades mais avançadas, não havendo diferença significativa entre sexos como mostra a Tabela 18. Não se observou associação estatisticamente significativa entre idade e, queixa de dor ($p=0,821$) e falta de dentes ($p=0,392$), como ilustrado na Tabela 19, a qual mostra cada variável testada onde apenas os valores percentuais mais freqüentes estão descritos. Todas as categorias das variáveis são mostradas no Apêndice F. A ausência de associação entre idade e, queixa de dor e falta de dente, talvez seja devido ao baixo contingente de idosos com 80 anos e mais parcialmente desdentados ou totalmente dentados.

Tabela 19- Distribuição percentual mais freqüente de algumas queixas segundo idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável	60 a 69	70 a 79	80 e +	p
Mobilidade prótese (% só inferior)	32,0	52,0	16,0	0,352
Dificuldade fonética (% sim/algumas vezes)	37,2	47,0	15,8	0,458
Trauma mecânico (% sim/algumas vezes)	46,0	43,2	10,8	0,933
Dor de dente (% sim/algumas vezes)	59,3	29,7	11,0	0,821
Falta de dente (% sim/algumas vezes)	63,0	37,0	0,0	0,392
Mau hálito (% sim/algumas vezes)	56,3	36,3	7,4	0,276
Boca seca (% sim/algumas vezes)	40,0	48,8	11,2	0,371
Dificul. mastigação (% sim/algumas vezes)	34,2	49,0	16,8	0,000*

* Associação estatisticamente significativa

Valores em negrito - Teste exato de Fisher

Os idosos portadores de alguma prótese (parcial ou total), relataram queixas de mobilidade, dificuldade fonética e trauma mecânico. Não se observou diferença entre os sexos em relação à queixa de mobilidade da prótese. Observou-se que esta queixa foi maior para próteses inferiores na faixa etária mais avançada (33,4% para o sexo masculino e 33,3% para o sexo feminino) e mais freqüente em todas as faixas etárias quando comparadas à mobilidade das próteses superiores (Tabela 20).

Tabela 20- Queixas referentes às próteses segundo sexo e idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Queixas próteses		60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Masculino</i>									
Mobilidade prótese									
Sim as duas		2	8,8	4	10,8	0	0,0	6	8,7
Sim, só superior		3	13,0	2	5,2	0	0,0	5	6,6
Sim, só a inferior		3	13,0	11	30,0	3	33,4	17	24,7
Não		15	65,2	20	54,0	6	66,6	41	60,0
Dif. fonética	Sim	2	8,7	3	8,0	1	11,2	6	8,4
	A.v.	0	0,0	7	19,0	1	11,2	8	11,6
	Não	21	91,3	27	73,0	7	77,6	55	80,0
Trauma mec.	Sim	1	4,3	2	5,5	1	11,2	4	5,8
	A.v.	2	8,7	4	10,8	2	22,2	8	11,6
	Não	20	87,0	31	83,7	6	66,6	57	82,6
<i>Feminino</i>									
Mobilidade prótese									
Sim as duas		6	9,0	4	6,3	2	13,4	12	8,3
Sim, só superior		6	9,0	4	6,3	3	20,0	13	9,0
Sim, só a inferior		13	19,4	15	23,8	5	33,3	33	22,7
Não		42	62,6	40	63,6	5	33,3	87	60,0
Dif. fonética	Sim	7	10,4	6	9,7	2	13,4	15	10,4
	A.v.	10	15,0	8	12,6	4	26,6	22	15,1
	Não	50	74,6	49	77,7	9	60,0	108	74,5
Tra. mecânico	Sim	8	12,0	3	4,8	0	0,0	11	7,7
	A.v.	6	8,0	7	11,1	1	6,7	14	9,6
	Não	53	80,0	53	84,1	14	93,3	120	82,7

A.v. - Algumas vezes

Certo autor, em estudo sobre condições da saúde bucal de idosos, relatou que apenas 41,0% das próteses totais inferiores foram consideradas clinicamente estáveis, e os idosos queixavam-se mais da mobilidade destas próteses (LEITE, 2001). Salles (2002) observou que 49,0% dos idosos desdentados queixavam de movimentação das dentaduras durante mastigação, dado este semelhante ao presente estudo.

Os idosos mais jovens tiveram menos queixas fonéticas pois suas próteses estavam mais estáveis e também tiveram menos queixas de traumas mecânicos provocados pelas próteses, como se pôde observar na Tabela 20. No estudo de Salles (2002), 13,0% dos idosos relataram dificuldade para falar com suas próteses totais. De acordo com Brunello e Mandikos (1998), a queixa de dificuldade fonética, relatada por 16,0% da amostra estudada, não esteve associada à idade e ao sexo.

Especial atenção foi dada a queixa relacionada ao relato de algum trauma mecânico provocado pelo uso de alguma prótese. Esta queixa foi pouco verbalizada em todas as idades como mostrou a Tabela 20, mas foi possível observar que na faixa de 80 anos ou mais, 6,7% das mulheres se queixavam algumas vezes deste trauma, o que não ocorreu nas outras faixas etárias e nem no sexo masculino.

Parece que a baixa prevalência de queixas de traumas mecânicos, provocados por próteses, estavam relacionadas à sensibilidade dolorosa. As queixas relacionadas a alguma dor ao mastigar foram muito baixas. Para o sexo masculino apenas 5,6% afirmaram que sentiam freqüentemente dor ao mastigar, e 7,8% responderam que sentiam dor ao mastigar apenas algumas vezes (Tabela 21).

Tabela 21- Frequência de outras queixas em relação à saúde bucal para idosos do sexo masculino. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Queixas	Sim		Não		Algumas vezes		Total
	n	%	n	%	n	%	
Dificuldade mastigatória	19	21,1	55	61,1	16	17,8	90
Boca seca/ xerostomia	13	14,4	65	72,2	12	13,4	90
Mau hálito	13	14,4	69	76,7	8	8,9	90
Boca amarga	5	5,6	69	76,7	16	17,7	90
Feridas na cavidade bucal	13	14,4	76	84,4	1	1,2	90
ATM	7	7,7	77	85,5	6	6,8	90
Sangramento gengival	6	6,7	77	85,6	7	7,7	90
Alguma dor ao mastigar	5	5,6	77	86,7	8	7,7	90
Aparência dos lábios	6	6,7	83	92,2	1	1,1	90
Aftas	2	2,3	84	93,3	4	4,4	90
Fadiga muscular ao mastigar	4	4,4	85	94,4	1	1,2	90
Dificuldade para deglutir	1	1,2	85	94,4	4	4,4	90
Hiperplasia gengival	3	3,3	87	96,7	0	0,0	90
Sialorréia	3	3,3	87	96,7	0	0,0	90
Câimbra musculatura face	2	2,2	88	97,8	0	0,0	90
Sialotítase	1	1,1	89	98,9	0	0,0	90
Diastema	1	1,1	89	98,9	0	0,0	90
Bruxismo	0	0,0	90	100,0	0	0,0	90

ATM – Articulação temporomandibular

As mulheres, se queixaram de dor ao mastigar ligeiramente mais que os homens, visto que 10,0% relataram esta queixa como constante (respostas Sim) e 6,4% relataram que a dor ao mastigar lhes incomodava apenas algumas vezes. Segundo Telford e Sawrey (1984), a sensibilidade dolorosa diminui com a idade fazendo com que a dor não seja uma queixa freqüente no idoso. No estudo de Salles (2002), foi possível observar que 21,0% dos idosos queixaram-se que suas próteses machucavam freqüentemente. Porém ao observar o estudo de Leite (2001), apenas 8,6% dos idosos relataram dor mesmo quando as próteses estavam traumatizando e provocando ferimentos (ulcerações) na mucosa. Independente do trauma, o presente estudo obteve dados semelhantes em relação à queixa de dor (Tabelas 21 e 22).

Tabela 22- Frequência de outras queixas em relação à saúde bucal para idosos do sexo feminino. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Queixas	Sim		Não		Algumas vezes		Total
	n	%	n	%	n	%	
Dificuldade mastigatória	46	27,0	98	57,3	27	15,7	171
Boca seca/ xerostomia	25	14,5	112	65,5	34	20,0	171
Boca amarga	18	10,0	120	70,7	33	19,3	171
Feridas na cavidade bucal	30	17,5	135	78,9	6	3,6	171
Mau hálito	22	13,0	137	80,0	12	7,0	171
ATM	18	10,5	142	83,0	11	6,5	171
Alguma dor ao mastigar	16	10,0	144	83,6	11	6,4	171
Sangramento gengival	9	5,3	150	87,7	12	7,0	171
Dificuldade para deglutir	3	1,8	156	91,2	12	7,0	171
Aftas	4	2,3	158	92,4	9	5,3	171
Aparência dos lábios	11	6,4	158	92,4	2	1,2	171
Fadiga muscular ao mastigar	7	4,1	161	94,1	3	1,8	171
Hiperplasia gengival	5	2,9	166	97,1	0	0,0	171
Câimbra musculatura face	2	1,2	169	98,8	0	0,0	171
Bruxismo	2	1,2	169	98,8	0	0,0	171
Diastema	1	0,6	170	99,4	0	0,0	171
Sialorréia	1	0,6	170	99,4	0	0,0	171
Sialotitíase	0	0,0	171	100,0	0	0,0	171

ATM – Articulação temporomandibular

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre trauma mecânico provocado por próteses e idade ($p=0,933$), conforme se nota na Tabela 19.

Quando questionados sobre outras queixas como mostraram as Tabelas 21 e 22 foi possível observar maior ocorrência de relatos de dificuldade mastigatória, presença de mau hálito, problemas em relação à articulação temporomandibular (ATM), boca seca, feridas/lesões na cavidade bucal e “boca amarga” dentre outras. Em uma análise mais criteriosa selecionou-se para discussão cinco queixas mais prevalentes em relação à resposta “Sim”, pois esta afirmação indicava que os idosos queixavam-se constantemente de situação em questão, e assim obtiveram-se os dados da Tabela 23.

Tabela 23- Queixas de saúde bucal mais freqüentes segundo sexo e idade. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Queixas		60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino									
Dific. Mastigar	Sim	6	16,2	10	23,8	3	27,2	19	21,1
	A.v.	4	10,8	8	19,1	4	36,4	16	17,8
	Não	27	73,0	24	57,1	4	36,4	55	61,1
Boca seca	Sim	2	5,4	10	23,8	1	9,1	13	14,5
	A.v.	7	18,9	4	9,5	1	9,1	12	13,3
	Não	28	75,7	28	66,7	9	81,8	65	72,2
Mau hálito	Sim	7	18,9	5	11,9	1	9,1	13	14,4
	A.v.	26	70,3	3	7,1	1	9,1	8	8,9
	Não	4	10,8	34	81,0	9	81,8	69	76,7
Ferida/ lesão	Sim	6	16,2	6	14,0	1	9,0	13	14,4
	A.v.	1	2,8	0	0,0	0	0,0	1	1,2
	Não	30	81,0	36	86,0	10	91,0	76	84,4
ATM	Sim	3	8,2	3	7,1	1	9,0	7	7,7
	A.v.	3	8,2	3	7,1	0	0,0	6	6,8
	Não	31	83,6	36	85,8	10	91,0	77	85,5
Feminino									
Dific. Mastigar	Sim	17	20,0	22	31,0	7	46,6	46	27,0
	A.v.	10	11,8	13	18,3	4	26,7	27	15,7
	Não	58	68,2	36	50,7	4	26,7	98	57,3
Boca seca	Sim	7	8,2	15	21,1	3	20,0	25	14,5
	A.v.	18	21,2	12	16,9	4	26,7	34	20,0
	Não	60	70,6	44	62,0	8	53,3	112	65,5
Mau hálito	Sim	13	15,3	8	11,3	1	6,7	22	13,0
	A.v.	7	8,2	4	5,6	1	6,7	12	7,0
	Não	65	76,5	59	83,1	13	86,6	137	80,0
Ferida/ lesão	Sim	14	16,4	13	18,3	3	20,0	30	17,5
	A.v.	4	4,8	1	1,5	1	6,7	6	3,5
	Não	67	78,8	57	80,2	11	73,3	135	79,0
ATM	Sim	11	12,9	6	8,4	0	0,0	17	10,0
	A.v.	10	11,8	1	1,5	0	0,0	11	6,4
	Não	64	75,3	64	90,1	15	100,0	143	83,6

ATM – Articulação temporomandibular

A.v. - Algumas vezes

As queixas relacionadas à presença de lesões, feridas e/ou caroços na cavidade bucal foram obtidas perguntando-se respectivamente a localização anatômica. Assim observou-se que os idosos do sexo feminino queixaram-se mais que os do sexo masculino como mostrado na Tabela 23. Para as mulheres mais velhas estas queixas foram mais freqüentes em comparação aos homens na mesma faixa etária (20,0% Sim e 6,7% Algumas vezes). Não houve associação estatisticamente significativa entre queixas de alguma ferida na cavidade bucal e quantidade de dentes relatada ($p=0,080$) como mostra Tabela 24.

Tabela 24-Distribuição percentual de algumas variáveis segundo quantidade de dentes relatada por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Queixas	Desdentados totais	Desdentados parciais	Totalmente dentados	p
Dífcu. Mastig. (% sim/algumas vezes)	66,6	33,4	0,0	0,000*
Boca seca (% sim/algumas vezes)	51,2	44,0	4,8	0,735
Mau hálito(% sim/algumas vezes)	40,0	60,0	0,0	0,015*
ATM (% sim/algumas vezes)	33,3	52,7	14,0	0,284
Feridas (% sim/algumas vezes)	48,0	40,0	12,0	0,080

ATM – Articulação temporomandibular

* Associação estatisticamente significativa

Valores em negrito - Teste exato de Fisher

Ao se analisar queixas referentes a ATM, dentre as quais estavam incluídas a desarticulação da mandíbula, estalido e dor na região da articulação, observou-se que, estas queixas foram mais freqüente nos idosos mais jovens como mostrado na Tabela 23, e que não houve diferença significativa entre os sexos. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre queixas referentes a ATM e quantidade de dentes relatadas ($p=0,284$) como mostrado na Tabela 24.

O mau hálito foi relatado como queixa em 23,3% dos Homens (Tabela 21) e em 20,0% das mulheres (Tabela 22). Queixar-se de mau hálito diminuiu com a idade (Tabela 23), porém, como mostrou a Tabela 19, não

houve associação estatisticamente significativa entre queixa de mau hálito e idade ($p=0,276$). Ao se analisar mais profundamente a queixa de mau hálito observou-se associação estatisticamente significativa com quantidade de dentes relatada ($p=0,015$) como mostrou Tabela 24. Segundo estudo descritivo de Iwakura et al. (1994), a halitose foi relatada por 25,0% de indivíduos com até 68 anos de idade, sendo nestes casos esta patologia realmente diagnosticada.

A queixa de boca seca, diminuição do fluxo salivar, parece ser bastante freqüente entre os idosos. Como observado no presente estudo as mulheres idosas queixaram-se mais freqüentemente com o passar da idade, o que não foi verificado para o sexo masculino. Para a faixa etária de 80 anos e mais, foi nítida esta situação onde 9,1% (respostas sim) dos homens e 20,0% (respostas sim) das mulheres relataram sentir a boca seca constantemente (Tabela 23). Ao se analisar estatisticamente não se encontrou associação significativa entre queixa de boca seca e idade ($p=0,371$), como mostrou a Tabela 19, e quantidade de dentes relatada ($p=0,735$) como mostrou a Tabela 24. Salles (2002) em um dos tópicos de seu estudo sobre saúde bucal de idosos não institucionalizados, observou que 56,0% relataram sintomatologia de boca seca porém não se referiam a uma queixa. Já Oliveira et al. (2002) ao estudarem possíveis situações clínicas relatadas por pacientes geriátricos, observaram que a queixa de boca seca foi comum em seu estudo, no qual encontrou que 46,8% dos idosos se queixavam desta situação.

A única queixa na qual relatos afirmativos (Sim e Algumas vezes) superaram relatos negativos (Não) na faixa etária mais avançada foi a dificuldade para mastigar, como mostrado na Tabela 23, onde apenas 36,4% dos homens e 26,7% das mulheres, com 80 anos e mais, não se queixaram deste problema. Mediante este fato, especial atenção foi dada à referida queixa. Observou-se que a dificuldade para mastigar aumentou com o passar da idade e houve associação estatisticamente significativa entre queixa de dificuldade mastigatória e idade ($p=0,000$) e quantidade de dentes relatada ($p=0,000$) como mostraram as Tabelas 19 e 24. Frente a alta ocorrência desta queixa e as possibilidades protéticas dos idosos em relação

ao fato de serem portadores de próteses totais e/ou parciais, optou-se por analisar estatisticamente a queixa de acordo com algumas variáveis como, sexo, idade, mobilidade e trauma provocado pela prótese, além de situações em relação ao tempo e uso.

Entre os idosos com 80 anos e mais quase setenta por cento se queixaram de dificuldade para mastigar. A mobilidade da prótese inferior, como se esperava esteve associada à queixa de dificuldade mastigatória ($p=0,001$) como mostra a Tabela 25. Alguns autores relataram que a mobilidade da prótese dentária interfere diretamente na nutrição do idoso visto que a instabilidade da prótese acarreta dificuldade mastigatória (FONTIJN-TEKAMP, et al., 1996). Diferentemente do presente estudo Brunello e Mandikos (1998), ao estudarem queixas em relação às próteses totais, observaram que o sexo, e, a idade, não estiveram associadas com a dificuldade mastigatória.

Tabela 25- Distribuição percentual de dificuldade para mastigar segundo algumas variáveis. Idosos desdentados totais ou parciais residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

	Dif. Mastigatória	Sim/ Algumas vezes	Não	p
Variável				
Sexo (% Feminino)		46,7	53,3	0,553
Idade (% 60 a 69)		30,3	69,7	0,000*
Mobilidade mastigação (% Só inferior)		64,0	36,0	0,001*
Trauma mecânico (% Não)		44,0	56,0	0,088

* Associação estatisticamente significante

Analisando os idosos desdentados parciais portadores de PPR, foi possível observar que não houve associação estatisticamente significante entre o fato de usar ou não, bem como o tempo de uso da prótese. Como mostra a Tabela 26, as queixas de dificuldade mastigatória não estiveram estatisticamente associadas ao uso de PPR.

Tabela 26- Distribuição percentual de dificuldade mastigatória segundo algumas variáveis em idosos desdentados parciais. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Dif. Mastigatória	Sim/ Algumas vezes	Não	p
Variável			
PPR superior (% Tem e usa)	25,0	75,0	0,305
PPR inferior (% Tem e usa)	32,5	67,5	0,131
Tempo uso PPR superior (% 0 a 14 anos)	23,8	76,2	0,796
Tempo uso PPR inferior (% 0 a 14 anos)	38,7	61,3	0,948

Valores em negrito - Teste exato de Fisher

Para idosos desdentados totais portadores de prótese total (PT), novamente a prótese inferior pareceu ser responsável por queixas de dificuldades para mastigar os alimentos como mostra a Tabela 27. Houve associação estatisticamente significativa entre a situação para com uso da prótese total inferior e a referida queixa ($p=0,001$). Assinalou-se também que entre idosos que possuíam prótese inferior e não usavam, 80,0% se queixaram de dificuldade para mastigar, e alegaram que não usavam devido ao incômodo.

A movimentação da prótese total inferior (PTI) associada à queixa de dificuldade mastigatória foi relatada por Leite (2001), em estudo onde, idosos queixavam-se da falta de estabilidade desta prótese. Fato interessante foi assinalado por Oliveira et al. (2002), observando que, 46,8% dos idosos afirmaram possuir uma boa mastigação não se queixando de deficiência mastigatória. Todavia, no estudo de Frare et al. (1997), idosos desdentados totais (64,6%) relataram que a perda de todos os dentes afetava diretamente a mastigação, e mesmo com o uso de próteses esta função se tornava dificultada.

Tabela 27-Distribuição percentual de algumas variáveis segundo dificuldade mastigatória em idosos desdentados totais. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

	Dif. Mastigatória	Sim/ Algumas vezes	Não	p
Variável				
Prótese total superior (% Tem e usa)		52,0	48,0	0,616
Prótese total inferior (% Tem e usa)		48,3	51,7	0,001*
Tempo uso prót. Sup. (% 30 anos e +)		51,5	48,5	0,903
Tempo uso prót. Inf. (% 30 anos e +)		51,0	49,0	0,447

* Associação estatisticamente significativa

Valores em negrito - Teste exato de Fisher

Observou-se que algumas variáveis estavam associadas à satisfação dos idosos com sua própria saúde bucal. Os idosos com menor escolaridade relataram estarem satisfeitos (59,2%), e, a maioria dos idosos com escolaridade mais elevada estavam insatisfeitos (62,4%) como mostra Tabela 28.

Tabela 28- Relato de algumas queixas e algumas variáveis segundo satisfação com a saúde bucal. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Sexo	Masc.	31	34,4	51	56,6	8	9,0	90
	Fem.	63	36,8	87	50,8	21	12,4	171
Idade	60 a 69	53	43,4	55	45,0	14	11,6	122
	70 a 79	34	30,0	67	59,3	12	10,7	113
	80 e +	7	27,0	16	61,5	3	11,5	26
Escolaridade	<4	55	30,0	109	59,2	20	10,8	184
	5 a 8	20	52,6	16	42,1	2	5,3	38
	9 a 11	9	39,1	10	43,4	4	17,5	23
	>11	10	62,4	3	18,8	3	18,8	16
Convívio	Só	7	30,4	11	47,8	5	21,8	23
	Família	60	35,3	92	54,1	18	10,6	170
	Cônjuge	27	39,7	35	51,4	6	8,9	68
Renda própria	Sim	77	36,1	111	52,1	25	11,8	213
	Não	17	35,4	27	56,2	4	8,4	48
Int. na vida	Não/Pouco	52	27,0	119	61,6	21	11,4	192
	+ ou -	11	45,8	12	50,0	1	4,2	24
	Muito	31	69,0	7	15,5	7	15,5	45
Falta dente	Sim/A.v	19	70,3	5	18,5	3	11,2	27
	Não	34	37,0	53	57,6	5	5,4	92
Dor dente	Sim/A.v	17	53,1	11	34,3	4	12,6	32
	Não	41	40,0	53	51,4	9	8,6	103

A.v. – Algumas vezes Int. - Interferência

Houve associação estatisticamente significativa entre satisfação com a saúde bucal e escolaridade ($p=0,009$) e a forma como a saúde bucal afeta a vida ($p=0,000$), sendo que dentre os idosos que relataram que a saúde bucal não afeta ou afeta pouco, a grande maioria afirmou estarem satisfeitos com a própria saúde bucal (Tabela 29).

Segundo Oliveira et al. (2002) 36,7% dos idosos entrevistados em seu estudo afirmaram que a saúde bucal afeta de alguma forma suas vidas. No Projeto SB Brasil (2003), dados semelhantes foram encontrados visto que 62,53% dos idosos com mais de 65 anos disseram que a saúde bucal não afetava suas vidas. Houve também associação estatisticamente significativa entre a satisfação e o fato de queixar-se da falta de dentes ($p=0,001$) (Tabela 29), sendo que aqueles idosos que se queixaram da falta de dentes, 70,3 % estavam insatisfeitos com a própria saúde bucal como mostrou a Tabela 28.

Tabela 29- Distribuição percentual de algumas variáveis, segundo satisfação com a saúde bucal. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	p
Sexo (% Feminino)	36,8	50,8	12,4	0,583
Idade (% 60 a 69)	43,4	45,0	11,6	0,180
Escolaridade (% Até quatro anos)	30,0	59,2	10,8	0,009*
Convívio (% Família)	35,3	54,1	10,6	0,498
Renda Própria (% Sim)	36,1	52,1	11,8	0,802
Forma afeta vida (% não afeta/pouco)	27,0	61,6	11,4	0,000*
Queixa falta de dentes (% Não)	37,0	57,6	5,4	0,001*
Dor de dente (% Não)	40,0	51,4	8,6	0,215

* Associação estatisticamente significativa

Valores em negrito - Teste exato de Fisher

De maneira descritiva o que seria necessário para os idosos insatisfeitos se tornarem satisfeitos com a saúde bucal está ilustrado na Figura 4. Foi possível observar que 47 indivíduos (52,8%) insatisfeitos com a saúde bucal relataram necessitar de alguma reabilitação protética bem como “trocar” suas próteses para se tornarem satisfeitos, fato este semelhante ao relatado por Leite (2001), que observou em seu estudo que 43,5% dos idosos estavam insatisfeitos com suas próteses e o maior motivo de insatisfação esteve relacionado com a movimentação das mesmas.

Figura 4. Aspectos para se sentir satisfeito com a saúde bucal. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Desta forma, foi possível observar que apesar da maioria dos idosos expressarem satisfação com a sua saúde bucal, uma parcela considerável estava insatisfeita com a suas próteses, e, indiretamente por problemas a elas associados, como relatado por 11 idosos (12,3%) que gostariam de mastigar melhor. Alguns idosos relataram a necessidade de “colocar um implante” para ficarem satisfeitos, e este fato mostra que alguns idosos estavam informados acerca das diferentes possibilidades de tratamentos dentários existentes na atualidade.

5 CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

Foi possível com esta pesquisa conhecer alguns aspectos da saúde bucal de um grupo de idosos não institucionalizados, residentes na cidade de Ribeirão Preto. Assim, concluiu-se que a maioria da população estudada possuía baixa escolaridade e relatou não possuir dente algum, sendo a quantidade de dentes associada à idade e à escolaridade. As situações observadas em relação à renda não estiveram associadas à quantidade de dentes, o que permite concluir que informações e conhecimentos adquiridos no passado, independente da situação financeira na velhice, fazem com que a prevenção e os cuidados com saúde bucal criem condições para manter uma maior quantidade de dentes saudáveis na senescência. Os indivíduos totalmente dentados, na maioria das vezes, moravam só ou com o cônjuge e estas variáveis estavam associadas entre si.

Dentre todas as queixas referidas como constantes, as de maior ocorrência tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino foram relacionadas à articulação temporo mandibular (ATM), presença de feridas na cavidade bucal, mau hálito, boca seca (diminuição do fluxo salivar) e dificuldade mastigatória.

A dificuldade para mastigar esteve associada à idade, assim, na faixa etária mais avançada (80 e +) esta queixa foi mais freqüente. O mau hálito esteve associado à quantidade de dentes relatada sendo a maior freqüência desta queixa em idosos parcialmente desdentados. A situação relacionada ao uso de prótese total inferior esteve associada à dificuldade mastigatória devendo observar que os idosos que possuíam esta prótese e não faziam uso por algum motivo foram os mesmos que relataram ter dificuldades para mastigar os alimentos. Neste caso a mobilidade de próteses inferiores esteve associada à queixa de dificuldade mastigatória.

A diminuição dos cuidados com a saúde bucal esteve associada ao avanço da idade, ou seja tais cuidados diminuíram com o passar do tempo. Apesar de expressarem preocupação com a saúde bucal os idosos relataram não buscar assistência odontológica com intuito preventivo ou para acompanhamento da saúde bucal. A falta de dentes não foi referida

como um incômodo e/ou desconforto, mas esteve associada à insatisfação com a saúde bucal. Idosos que informaram estarem satisfeitos com a própria saúde bucal relataram que a mesma não interferia, ou, interferia pouco em suas vidas estando estas duas variáveis associadas entre si.

A grande maioria dos idosos sentia-se satisfeita com suas condições de saúde bucal, classificando-a como importante, e de acordo com seus pontos de vista foi considerada ótima ou boa. Estes aspectos estiveram associados à quantidade de dentes relatada e parece que ser desdentado total não significou necessariamente atribuir valores negativos a esta condição.

As condições observadas na pesquisa mostram a importância em se elaborar um programa para estimular a valorização da saúde bucal, bem como o esclarecimento sobre autocuidado, promoção de saúde e prevenção de doenças bucais para estes idosos. Detectou-se a necessidade de criar uma intervenção visando informar sobre o autocuidado com a saúde bucal, visto que no referido núcleo de saúde seria interessante um programa de valorização e mobilização dos idosos para cuidar da saúde bucal.

6 CONSIDERAÇÕES

FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos estudados no presente trabalho são brasileiros que, como usuários, indiretamente acompanharam e viveram as mudanças do sistema de saúde pública. Tratam-se de usuários de serviços públicos de saúde que há décadas não possuíam acesso à informação sobre cuidados com saúde bucal, mas que na atualidade esta informação vem chegando e sendo absorvida lentamente. Observamos em conversas informais que alguns idosos tinham hábitos peculiares de cuidados com a saúde da boca originários muitas vezes de suas infâncias em áreas rurais, bem como atitudes e valores absorvidos na época. Já nos dias atuais observamos também que até mesmo a televisão tem enorme influência sobre as condutas de saúde bucal do idoso brasileiro.

Sabemos que com os avanços na odontologia em saúde coletiva bem como na medicina comunitária e social, grandes mudanças ocorrerão no futuro. Acreditamos que, em contexto odontológico, a juventude brasileira de hoje certamente não terá no futuro o mesmo perfil nem as mesmas queixas que a população idosa estudada.

A coleta de dados fluiu de maneira tranqüila, satisfatória e agradável, porém uma dificuldade do estudo foi o acesso à alguns sujeitos da pesquisa. Certas situações fizeram com que novos agendamentos das entrevistas fossem necessários. Uma situação interessante foi a inauguração de uma loja de uma grande rede de supermercados próximo a área da coleta de dados. Este supermercado, uma novidade para os moradores, “chamou mais a atenção dos idosos” que o fato de participarem de uma entrevista de saúde bucal. Por várias vezes o pesquisador não encontrava o idoso porque o mesmo tinha esquecido da entrevista e estava no supermercado.

Outra situação que provocava remanejamento das entrevistas foi a campanha de vacinação de idosos contra a gripe que ocorreu no mesmo período do início da coleta de dados. Em consequência da vacina alguns idosos permaneciam temporariamente acamados nos dias das entrevistas.

Percebemos também que, a maioria daqueles idosos que utilizavam serviço de saúde particular (privado), não consentiam em participar da

pesquisa. Alegavam que não utilizavam serviço público pois tinham condições para ter um plano de saúde particular. Estes indivíduos em outras palavras diziam: “não pertença a este grupo”, ou seja, se auto-excluía da pesquisa.

Aqueles que utilizavam o serviço público de saúde participavam, o que demonstrou a importância da comunidade nestes serviços, pois na presente pesquisa a grande maioria daqueles que consentiram em receber o pesquisador em suas residências, alegavam importância em serem ouvidos quando o assunto em questão era saúde.

Cabe aqui ressaltar também que alguns idosos não tiveram nem mesmo a possibilidade de conversar com o pesquisador, em outras palavras, não tiveram a oportunidade de escolher entre participar ou não, visto que barreiras familiares impostas por filhos, netos, genros e noras não permitiram que o idoso tivesse este tipo de decisão. Acreditamos que muitos familiares temiam que o idoso declarasse violência doméstica, maus tratos, mau uso de seu dinheiro, enfim tantas situações familiares desagradáveis que infelizmente são reais nos dias de hoje.

Outra dificuldade com o desenvolver desta pesquisa foi encontrar na literatura estudos, com instrumentos semelhantes, para levantamento de queixas e/ou morbidade referida em odontologia, valendo observar que as pesquisas tratam de assuntos como mau hálito, boca seca, dificuldade mastigatória, porém, na grande maioria das vezes não existe qualquer preocupação em perguntar para o próprio idoso se os mesmos se queixavam destas situações.

Após todo este levantamento em saúde a presente pesquisa suscitou a seguinte pergunta: “Qual o verdadeiro sentido da saúde bucal para o idoso?”, visto que no decorrer da pesquisa observou-se que a mesma tem diferentes sentidos e valores. Não foi este o objetivo da pesquisa e assim seria interessante para futuros estudos definir o que é a saúde bucal para o idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAI, K.; SUMI, Y.; UEMATSU, H., MIURA, H. Association between dental health behaviors, mental/physical function and self-feeding ability among the elderly: a cross-sectional survey. **Gerontology**, Washington, v. 20, n. 2, p. 78-83, 2003.
2. BARBOSA, I., DUARTE, M. J. R. S. Envelhecimento e política de saúde: uma questão de cidadania. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 138-143, 2001.
3. BAUN, B. J. The dentistry-gerontology connection. **J. Amer. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 109, p. 899-900, 1984.
4. BEAUVOIR, S. D. **A velhice**. 2 Ed., Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1990. 711p.
5. BOECHAT, N. S. Asilamento uma visão. In:_____ **Caminhos do envelhecer**. 1 ed. Rio de Janeiro: SBGG Revinter, 1994. p. 199-205.
6. BOBBIO, A.; BOBBIO, S. A. Aspectos biológicos e psicológicos do sistema estomatognático em geriatria. **Ars. Cvrandi-odontologia**, Porto Alegre, v. 9, n. 4, p. 8-17, 1983.
7. BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispões sobre o **Estatuto do Idoso e da outras providencias**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 27 Jan 2004.
8. BRASÍLIA. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2., 1993, Brasília. **Relatório final da II Conferencia Nacional de Saúde**

- Bucal.** Disponível em: [http:// conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/ Relatório SAÚDE BUCAL2. doc](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/Relatório%20SAÚDE%20BUCAL2.doc). Acesso em: 13 jun. 2004.
9. BRASÍLIA. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, DIRETRIZES 2004. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004, 16p.
10. BRITO, F. C. **Auto-avaliação de saúde de idosos versus avaliação médica: um estudo de concordância**. São Paulo, 1997. 123p. Dissertação (Mestrado) Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 1997.
11. BRONDANI, M. A. Educação preventiva em odontogeriatría, mais do que uma necessidade, uma realidade. **Rev. Odonto. Cienc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 57-61, 2002.
12. BRUNELLO, D. L.; MANDIKOS, M. N. Construction faults, age, gender, and relative medical health: Factors associated with complaints in complete denture patients. **J. Prosthet. Dent**, London, v. 79, n. 5, p. 545-554, 1998.
13. CACCIA-BAVA, M. C .G. G. (coord.). Relatório do Convênio Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto, SP. 2004. Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Março, 2004.
14. CALDAS JÚNIOR, A. F; FIGUEREDO, A. C. L.; SORIANO, E. P.; SOUSA, E. H. A.; MELO J. B. G.; VILELA, A. S. Prevalência de cárie e edentulismo em idosos de Recife -Pernambuco- Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 113-122, 2002.

-
15. CALDEIRA, A. M. L.; PAULINO, A. N.; AYMORÉ, L. I.; CHAHON, V. L. As bases biológicas do envelhecimento. **Folha Médica**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 3, p. 107-117, 1989.
16. CAMARGO, A.B.M.; SAAD, P.M.A. Transição demográfica no Brasil e seu impacto na estrutura etária da produção. In:_____. **O idoso na grande São Paulo**. Coleção Realidade Paulista. Fundação SEADE. São Paulo; 1990.
17. CARVALHO, I. M. M. **Avaliação sócio-odontológica de 300 pessoas idosas de Bauru -SP**. Bauru, 2000, 173 p. Tese (Doutorado) Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. 2000.
18. CARVALHO, J. S. C. **Condições dentárias e necessidades protéticas em indivíduos de 60 a 65 anos de idade domiciliados no bairro Presidente Altino, Osasco, São Paulo – 2002**. São Paulo, 2002. 71 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. 2002.
19. CASTILHO, E. D. **A importância dos dentes e próteses para o idoso de três diferentes grupos**. Porto Alegre, 2001, 147 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2001.
20. CASTRO, A. L. **Estomatologia**. 2 Ed., São Paulo: Editora Livraria Santos, 1995. 240 p.
21. CHAGAS, I. J; NASCIMENTO, A.; SILVEIRA, M. M. Atenção odontológica a idoso na OCM: uma análise epidemiológica. **Rev. Bras. Odont.**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 332-335, 2000.

-
22. COLEMAN, P. Improving oral health care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. **Geriatr. Nurs.**, Nottingham, v. 23, n. 4, p. 189-199, 2002.
23. COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, 2002
24. DAL MORO, R. G. Capacidade funcional, função manual, higiene bucal e sua relação com a odontogeriatria. Porto Alegre, 2003. 96 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2003.
25. DATASUS. **Proporção de idosos na população brasileira.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2004/a14uft.htm>> Acesso em: 04 Agosto 2005.
26. DATASUS. **Índice de envelhecimento de 1991 a 2003.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2004/a15uf.htm>> Acesso em: 4 Agosto 2005.
27. DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LÍNGUA PORTUGUESA. 2005. Disponível em <<http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx>> Acesso em: 08 Agosto 2005.
28. ETTINGER, R. L. The unique oral health needs of an aging population. **Dent. Clin. North. Am.**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 633-649, 1997.
29. FRARE, S. M.; LIMAS, P. A.; ALBARELLO, F. J.; PEDOT, G.; RÉGIO, R. A. S. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 573-576, 1997.

-
30. FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiat. Res.**, London, v. 12, p. 189-198, 1975.
31. FONTIJN-TEKAMP, F. A.; VAN'THOF, M. A.; SLAGTER, A. P.; VAN-WAAS, M. A. The state of dentition in relation to nutrition in elderly Europeans in the Seneca study of 1993. **Eur. J. Clin. Nutr.**, London, v. 50, Suppl. 2, p.117-22, 1996.
32. GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos Científicos Editora, 1989. 323p.
33. GRAEFF, F. G.; BRANDÃO M. L. **Neurobiologia das doenças mentais**. 4 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 188p.
34. GUERRA, C. M. F.; GONÇALVES, S. L. M.; VIANNA, K. R.; MELLO, M. C.; MELO, P. M. **Realidade odontológica do indivíduo da terceira idade**. 2000, Recife. **Anais...** Fac Odont Univ Fed Pernambuco, v. 10, n. 1, p. 27-30, 2000.
35. HAND, J. S; HUNT, R. J.; KOHOUT, F. J. Five-year incidence of tooth loss in Iowans aged 65 and older. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 19, n. 1, p. 48-51, 1991.
36. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo demográfico: Brasil, 1991**. Rio de Janeiro: IBGE.
37. _____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Censo demográfico: Brasil, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.
38. _____. **Censo demográfico: Brasil, 2002**. Rio de Janeiro: IBGE.

-
39. _____ **Censo demográfico: Brasil, 2004.** Rio de Janeiro: IBGE. <http://www.ibge.gov.br/munic2004/index.htm> Acesso em: 13 de Março de 2006.
40. IWAKURA, Y.; YASUNO, M.; SHIMURA, M.; SAKAMOTO, S. Clinical characteristics of halitosis: Differences in two patients groups with primary and secondary complaints of halitosis. **J. Dent. Res.**, Alexandria, v. 73, n. 9, p. 1568-1574, 1994.
41. KAMEN, S. Oral health care for the stroke survivor. **J. Calif. Dent. Assoc.**, Los Angeles, v. 25, n. 4, p. 297-303, 1997.
42. KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.
43. KINA, S; CONRADO, C. A.; BRENNER, A. J.; KURIHARA, E. O ensino da estomatogeriatria no Brasil: a experiência de Maringá. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 69-73, 1996.
44. KIYAK, H A. Successful aging: implication for oral health. **J. Public. Health Dent.**, Raleigh, v. 60, p. 4, p. 276-81, 2000
45. KOTKIN, H. Diagnostic significance of denture complaints. **J. Prosthet. Dent.**, v. 53, n. 1, p. 73-77, 1985.
46. LEITE, R. A. **Avaliação das condições sistêmicas e bucais de um grupo de idosos não-institucionalizados de Franca (SP): Realidade de necessidade de reabilitação oral.** Ribeirão Preto 2001, 101 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2001.

-
47. LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências de mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epid. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 217-228, 2004.
48. LINHARES, C. R. C.; COELHO, V. L. D.; GUIMARÃES, R. M.; CAMPOS, A. P. M.; CARVALHO, N. T. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 319-326, 2003.
49. MADEIRA, A. A., MADEIRA, L. O paciente geriátrico e a complexidade de seu tratamento. **Rev. Bras. Odontol.**, Porto Alegre, v. 57, n. 6, p. 350-1, 2000.
50. MARCUS, P. A; JOSHI, A; JONES, J. A; MORGANO, S. M. Complete edentulism and denture use for elders in New England. **J. Prosthet. Dent.**, London, v. 76, n. 3. p. 260-266, 1996.
51. MEIRA, R. L.C.; GORDILHO, A. C. B.; NETO, M. P. M.; NERY, M. R. Sinais e sintomas em gastroenterologia geriátrica. In: GUIMARAES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. São Paulo: Revinter, 1989. p.113-130.
52. MELO, N. S. F. O.; SETO E. P. S.; GERMANN E. R. Medidas de higiene oral empregada por pacientes da terceira idade. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, Porto Alegre, v. 1, n. 3, p. 42-50, 2001.
53. MELLO, A. L. S. F; FERREIRA, P. D. M. P. Condições de higiene bucal dos idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 12-19, 2001.

54. MENECHIM, M. C.; SALIBA, N. A. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba - SP: 1998. **RPG Rev. Pós Grad.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 7-13, 2000.
55. MIRASCHI, C. L.; LAMADRID, S. A. Salud oral y conductas asociadas en adultos mayores de bajo recursos. **Cuad. Méd. Soc.**, Ciudad México, v. 38, n. 4, p. 79-86, 1997.
56. MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J.B.; MATSUMOTO, S.; NASCIMENTO, M. A. A.; FORTUNA, C. M.; TEIXEIRA, R. A. **O desafio do cuidar em saúde coletiva**. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 4., 2004, Uberlândia. **Anais ...** 4º Fórum Mineiro de Enfermagem: Uberlândia, 2004. p. 73-74.
57. MOJON, P., MACENTEE, M. I. Discrepancy between need for prosthodontic treatment and complaints in an elderly edentulous population. **Community Dent. Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 20, n. 1, p. 48-52, 1992.
58. MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Rev. Odont. Ciência**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 117-123, 1990.
59. MURRAY, J. J.; RUGG-GUNN, A. J.; JENKINS, G. N. **Fluorides in caries prevention**. 3 ed., Boston: Newcastle Wright, 1991. 396p.
60. NARVAI, P. C. **Saúde bucal e incapacidade bucal**. 2001. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/antecedentes/artcapel10.htm>> Acesso em: 14 de Junho de 2004.
61. NADANOVSKY, P. O aumento da produção científica odontológica brasileira na saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, Editorial, 2006.

-
62. NERI, A. L. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papirus, 1999, 232p.
63. NIESSEN L. C.; GIBSON, G. Aging and oral health for the 21th century. **Gen. Dent.**, Chicago, v. 48, n. 5, p. 544-549, 2000.
64. O'CONNOR, D. W.; POLLITT, P. A.; HYDE, J. B. FELLOWS, J. L.; MILLER, N. D.; BROOK, C. P.; REIS, B. B. The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. **J. Psychiat. Res.**, Cambridge, v. 23, n. 1, p. 87-96, 1989.
65. OLIVEIRA, J. A.; RIBEIRO, E. D. P.; BONACHELA, W. C.; CAPELOZZA, A. L. A. Perfil do paciente odontogeriatrico da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP. **PCL**, Curitiba, v. 4, n. 17, p. 71-79, 2002.
66. PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. 230p.
67. PERES, S.H.C.S., PERES, A.S. Determinantes das condições socioeconômicas na saúde bucal da terceira idade. **RPG Rev. Pós Grad.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 369-75, 2003.
68. PINTO. G. F. **Psiquiatria básica**. Fortaleza: Editora Centro Médico Cearense, 1983. 537p.
69. POLETTO, L. T. A. **Levantamento epidemiológico do estudo de saúde bucal da população urbana da cidade de Bauru**. Bauru 1993, 248p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. 1993.
70. PROJETO SB BRASIL 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados finais. Ministério da Saúde. 1ª edição, Brasília, 2003.

-
71. PUCCA JÚNIOR., P.; ALREDO, G. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 297-310.
72. RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.
73. RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. São Paulo, **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.
74. REICHART, P. A. Oral mucosa lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 28, n. 5, p. 390-398, 2000.
75. RODRIGUES, R. A. P. **Atividades da enfermeira geriátrica: conscientização para autocuidado das idosas que tiveram queda**. Ribeirão Preto, 1993, 203p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1993.
76. ROJAS, R. A. **Epidemiologia básica**. Tomo I. Buenos Aires: Intermédica Editorial, 1974.
77. ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G.; RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 155-160, 1992.
78. SALLES, A. E. S. **Estudo populacional relacionando saúde geral, uso de medicamentos, condutas, hábitos e tempo de uso de**

- prótese total em idosos desdentados totais na cidade de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 2002, 114p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
79. SALIBA, C.A.; SALIBA, N. A.; MARCELINO, G.; MOIAMAZ, S. A. S. Auto-avaliação de saúde na 3ª idade sobre saúde bucal através de um inquérito. **R.G.O.**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 127-130, 1999.
80. SANTI L. N. **Cuidando da saúde bucal do filho: o significado para um grupo de mães.** Ribeirão Preto, 2003, 112 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2003.
81. SANTOS, W. T. **O olhar do idoso sobre sua própria saúde.** São Paulo, 2001, 154 p. Tese (Doutorado) - Escola de Saúde pública. Universidade de São Paulo. 2001.
82. SEABRA, M. L. V.; CONCÍLIO, G. V; VILLARES, J. B.; CARLINI, E. A. Avaliação do teste "Mini-Mental State" em voluntários e pacientes brasileiros. **Rev. ABP-APAL**, São Paulo, v. 12, n. (1,2,3,4), p. 1-7, 1990.
83. SCHOU, L.; WIGHT, C.; CUMMING, C. Oral hygiene habits, denture plaque, presence of yeasts and stomatitis in institutionalized elderly in Lothian, Scotland. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 15, n. 1, p. 85-9, 1987.
84. SEQUEIRA, E.; MONTENEGRO, F. L. B. Eles merecem esforços redobrados. **Rev. ABO Nac.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 142-143, 2002.
85. SILVA, S. R. C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade.** São Paulo, 1999, 116 p. Tese

- (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo. 1999.
86. SILVA P. S. B. **Saúde bucal e qualidade de vida de um grupo de idosos de Araçatuba-SP: utilização do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) e caracterização do perfil sócio-econômico dos entrevistado.** Araçatuba, 2000, 144 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de odontologia de Araçatuba Universidade Estadual Paulista. 2000.
87. SONIES, B. C.; PARENT, L. J.; MORRISH, K.; BAUN, B. J. Durational aspects of the oral-pharyngeal phase of swallow in normal adults. **Dysphagia**, New York, v. 3, n. 1, p. 1-10, 1988.
88. TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. **O indivíduo excepcional.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1984. 653 p.
89. TERVONEN, T. Condition of prosthetic constructions and subjective needs for replacing missing teeth in a Finnish adult population. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 15, n. 5, p. 505-513, 1988.
90. TIBÉRIO, D.; SANTOS, M. T. B. R.; RAMOS, L. R. Estado periodontal e necessidade de tratamento em idosos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 69-72, 2005.
91. TOMMASI, A. F. Diagnóstico em patologia bucal. In: _____. **Exame clínico.** São Paulo: Artes Medicas, 1982. p. 15-33.
92. VERAS, R. P. **País de jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994. 224p.
93. VERAS, R. P. **A era dos idosos: os novos desafios.** In: OFICINA DE TRABALHO SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS E DE GÊNERO

- EM SAÚDE DO IDOSO, 1., 2002, Ouro Preto. **Anais ...** Ouro Preto, 2002. p. 89-96.
- 94.VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia**: Guia Teórico – Prático para os profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 187p.
- 95.WORL HEALTH ORGANIZATION/ WHO. **Uses of epidemiology in aging**. Report of a scientific group. Technical report series 706, World Health Organization, 1984.
- 96.WEYANT, R. J.; PANDAV, J. L.; PLOWMAN, J. L.; GANGULI, M. Medical and cognitive correlates of denture wearing in older community-dwelling adults. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Atlanta, v. 52, n. 4, p. 596-600, 2004.
- 97.WERNER, C. W. ; SAUNDERS, M. J.; PAUNOVICH, E.; YEH, C. Odontologia geriátrica. **Rev. Fac. Odont. Lins.**, Lins, v. 11, n. 1, p. 62-70. 1998.
- 98.ZIMERMAN, G. I. **Velhice aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Medicas, 2000. 229p.

ANEXOS

[illegible]

Fonte: Núcleo de Saúde da Família III
Centro de Saúde Escola da Faculdade
De Medicina de Ribeirão Preto da USP

ANEXO - B

Fonte: Departamento de Infra Estrutura, Setor de Topografia da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Estado de São Paulo.

ANEXO - C

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação	1- Você sabe a data de hoje? (dia, mês, ano)- 3 pontos Você sabe que dia da semana?- 1 ponto E a hora aproximada- 1 ponto	Valor máximo 5	Valor Obtido
Localização	2- Você sabe em que cidade, bairro e estado está (3 pontos)? E de qual cidade e Estado o sr(a) veio (2 pontos)?	5	
Registro	3- Vou citar 03 palavras e você vai repeti-las: Gato, casa, violão. / Pente, vaso, laranja (1 ponto cada)	3	
Cálculo atenção	4- Vá somando 5 em 5, a partir de zero. Pare após cinco respostas (um ponto a cada resposta correta), ou solete a palavra MARIA. (1 ponto pra cada)	5	
Evocação	5- Diga novamente o nome daqueles 3 objetos que eu mencionei há pouco.	3	
Linguagem	6- O que é isto? (mostrando o relógio). E isto? (mostrando lápis ou caneta) 7- Repita a frase: “Sem dúvidas ou incertezas” 8- Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o e coloque-o no chão 9-Leia o que está escrito aqui. Agora faça o que acabou de ler. “FECHE OS OLHOS” 10- Escreva ou diga uma frase	2 1 3 1 1	
Atividade Motora	11- Copie este desenho:	1	
	Valor máximo obtido	30	

ANEXO - D

<p>FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p> <p>CENTRO DE SAÚDE ESCOLA</p>		<p>Rua Terezinha, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP</p> <p>Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331</p>
---	--	---	---	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO – CSE-FMRP-USP

OF. N.º 632/04/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP. 16/12/2004.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 35ª reunião ordinária, realizada em 14 de dezembro de 2004, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: **“Saúde Bucal em Idosos: queixas relatadas. Ribeirão Preto-SP”**, protocolo:0134/CEP/CSE-FMRP-USP, que está sendo conduzido por V.Sª e pelo orientando Alexandre Fávero Bulgarelli, foi **aprovado**. Porém, solicitamos o compromisso dos Senhores Pesquisadores em divulgar as informações obtidas durante o desenvolvimento da referida pesquisa a quem de direito e também dados dos pesquisadores para contato se necessário (telefone contato) assim como, a inclusão dessas informações no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá ser novamente encaminhado a este Comitê de Ética.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Amábele Rodrigues Xavier Manço
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

ANEXO - E

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331
---	---	---	---	---

Ribeirão Preto, 03 de dezembro de 2004

DECLARAÇÃO

Declaramos que o pesquisador **ALEXANDRE FÁVERO BULGARELLI** teve o Projeto de Pesquisa apreciado no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, junto à Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa. Trabalho intitulado: **“SAÚDE BUCAL EM IDOSOS: QUEIXAS RELATADAS. RIBEIRÃO PRETO, SP”**, cumprindo as exigências operacionais e legais. A Direção Técnica aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para início do desenvolvimento do mesmo.

Profª Drª Maria do Carmo Guimarães G. G. Caccia Bava
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa e
Diretora Técnica do CSE-FMRP-USP.

Ilm^a. Sra
PROFª. DRA. AMÁBILE R. X. MANÇO (Orientadora)
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

APÊNDICES

APÊNDICE - A

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Instrumento da pesquisa: ***“Saúde bucal em idosos: queixas relatadas. Ribeirão Preto, (SP).”***

Questionário número: _____ Data da entrevista: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

1- Nome: _____

2- Data de nascimento: ____/____/____ Idade em anos: 3- Sexo: 1.() M 2.() F

4- Até que ano/período da escola o sr(a) estudou?	Incompleto	Completo
Não alfabetizado/ Não estudou 1.()		
Primário (grupo escolar)	2.()	3.()
1º grau (ginásio, 5ª a 8ª série)	4.()	5.()
2º grau (colegial, curso técnico, normal, clássico e científico)	6.()	7.()
Grau superior	8.()	9.()
Mobral ou outro curso de alfabetização para adultos	10.()	11.()

5- Com quem o sr(a) mora nesta casa?

1.() só 2.() com familiares 3.() com companheiro/(a) 4.() com amigos

6- O sr(a) tem/recebe algum dinheiro próprio? 1.() Sim 2.() Não

7- É o responsável financeiro pela família?

1.() Sim 2.() Não 9.() nsa

8- O sr(a) da alguma ajuda em dinheiro para sua família? 1.() Sim 2.() Não 9.() nsa

SAÚDE BUCAL

9- Hoje em dia como está a saúde da sua boca?

0 _____	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Não sabe	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Ótima

10- Quanto ao número de dentes o sr(a) :

- 1.() Não tem dente algum (desdentado total) (pular para a questão 15)
- 2.() Tem alguns dentes (elementos naturais e/ou reabilitações *fixas*)
- 3.() Tem quase todos os dentes (elementos naturais e/ou reabilitações *fixas*)
- 4.() Tem todos os dentes (elementos naturais e/ou reabilitações *fixas*)

11- Com que frequência durante o dia o sr(a) escova os dentes?

- 0.() Não escova todos os dias
- 1.() Uma vez ao dia
- 2.() Duas vezes ao dia
- 3.() Três vezes ao dia
- 4.() Mais que três vezes ao dia
- 9.() nsa

12- O sr(a) usa fio dental diariamente? 1.() Sim 2.() Não 9.() nsa

13- O sr(a) faz bochecho com algum produto para os dentes? 1.() Sim 2.() Não 9.() nsa

14- O sr(a) se queixa de: 9.() não se aplica para todas alternativas

	1.	2.	3.
Dente(s) quebrado(s)	() Sim	() Não	() Algumas vezes
Dente(s) escuros/manchados	() Sim	() Não	() Algumas vezes
Dor de dente	() Sim	() Não	() Algumas vezes
Dente(s) mole(s)	() Sim	() Não	() Algumas vezes

Dente(s) "torto(s)" ()Sim ()Não ()Algumas vezes
Falta de dente(s) ()Sim ()Não ()Algumas vezes
Dentes desgastados ()Sim ()Não ()Algumas vezes

15- O sr(a) tem "dentadura" e/ou "ponte móvel"? () Sim () Não

15a. Prótese Total Superior.

- 1.()Tem e usa
- 2.()Tem, nunca usa
- 3.()Tem usa de vez em quando
- 4.()Não tem
- 9.()nsa

15at. Há quanto tempo começou usar a prótese ? _____

15b. Prótese Total Inferior.

- 1.()Tem e usa
- 2.()Tem, nunca usa
- 3.()Tem usa de vez em quando
- 4.()Não tem
- 9.()nsa

15bt.Há quanto tempo começou usar a prótese? _____

15c. Prótese Parcial Superior.

- 1.()Tem e usa
- 2.()Tem mas nunca usa
- 3.()Tem mas usa de vez em quando
- 9.()nsa

15ct. Há quanto tempo começou usar a prótese? _____

15d. Prótese Parcial Inferior.

- 1.()Tem e usa
- 2.()Tem mas nunca usa
- 3.()Tem mas usa de vez em quando
- 9.()nsa

15dt. Há quanto tempo começou usar a prótese? _____

15.e- Por que tem mas não usa ou usa de vez em quando a “dentadura e/ou ponte móvel” ?

Queixas de usuários de próteses

16- A(s) sua(s) prótese(s) machuca(m)?

- 1.() Sim 2.() Não 3.() Algumas vezes 9.() nsa

17- Elas movimentam quando mastiga?

1. () Sim as duas 2.() Só **superior** 3.() Só **inferior** 4.() Não 9.() nsa

18- Tem dificuldade pra falar com a(s) prótese(s)?

1. () Sim 2.() Não 3.() Algumas vezes 9.() nsa

19- Existe algum outro incômodo/queixa da(s)s sua(s) dentadura(s) e/ou ponte(s) móvel(s)?

20- Como o sr(a) limpa/escova a(s) dentadura(s) e/ou ponte(s) móvel(s)?

- 1.() água + escova
 2.() água e pasta de dente + escova
 3.() água e sabão + escova
 4.() outro produto para higienização sem escovação
 9.() nsa

21- Quantas vezes ao dia?

- 1.() uma vez
 2.() duas vezes
 3.() três vezes
 4.() acima de três vezes

5.() não limpa todos os dias

9.() nsa

22- Porque sr(a) não tem a “dentadura e/ou ponte móvel”?

23- Existe alguma coisa na sua boca que está incomodando atualmente?

1. () Sim 2.() Não

24. O sr(a) tem alguma outra queixa como	1.Sim	2.Não	3.Algumas vezes
24.a- Dor pra mastigar			
24.b- Dificuldade pra mastigar alguns alimentos			
24.c- Dificuldade para engolir			
24.d- Cansaço quando mastiga			
24.e- A gengiva sangra			
24.f- Mau hálito			
24.g- O queixo cai			
24.h- Boca seca			
24.i- Boca amarga			
24.j- Feridas ou caroços no “céu da boca”			
24.k- Feridas ou caroços na língua			
24.l- Feridas ou caroços no canto da boca			
24.m-Feridas ou caroços lado interno bochecha			
24.n- Feridas ou caroços no lábio			
Outras queixas			

25- O sr(a) acha importante se preocupar com a saúde da boca? 1. () Sim 2.() Não

26- E o sr(a) se preocupa com a saúde da boca? 1.() Sim 2.() Não

27- O sr(a) acha que a saúde da boca interfere/afeta/atrapalha na sua vida?

1.() Sim 2.() Não

28- De que forma a saúde da sua boca interfere/afeta/atrapalha na sua vida?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
 não sabe não interfere pouco mais ou menos muito

29- Para o sr(a) a saúde da sua boca é:

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____
 Indiferente Pouco importante Importante Muito importante

30- O sr(a) vai ao dentista regularmente? 1.() Sim 2.() Não

30 a- Em caso negativo por que não vai ao dentista?

- 1.() Falta de dinheiro
- 2.() Medo do dentista
- 3.() Não tem quem leve ao dentista/ Dificuldade para ir
- 4.() Tem dentadura e acha que não precisa mais ir ao dentista
- 5.() Não sente nada então não procura o dentista

Outro motivo _____

31- De acordo com a saúde da sua boca o sr(a) está:

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____

Indiferente	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
-------------	--------------	------------	------------------

31a- Em caso de insatisfação o que precisaria pra ficar satisfeito?

APÊNDICE - B

Universidade de São Paulo

Campus de Ribeirão Preto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 3633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)3633-1586

14049-900 - RIBEIRÃO PRETO – Estado de São Paulo

Ribeirão Preto, Fevereiro de 2005

Gostaria de contar com a participação do Sr/Sra para a realização de uma pesquisa para conhecer alguns aspectos da saúde bucal de pessoas acima de 60 anos de idade cadastradas no Núcleo de Saúde da Família III em Ribeirão Preto. A pesquisa será realizada através da visita de um Pesquisador para uma rápida entrevista, na sua residência. Esta pesquisa será importante para que os profissionais da saúde conheçam alguns aspectos da saúde bucal dos idosos da região de abrangência do núcleo III.

Assim, peço sua contribuição.

Atenciosamente,

Alexandre F. Bulgarelli
Pesquisador responsável

APÊNDICE - C

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Projeto de pesquisa: “Saúde bucal em idosos: queixas relatadas, Ribeirão Preto (SP).”

Termo de consentimento livre e esclarecido
(Conselho Nacional de Saúde, resolução 196/96)

EU, _____ declaro que concordo e me proponho a participar da pesquisa “Saúde bucal em idosos: queixas relatadas, Ribeirão Preto, SP.” Tenho consciência que serei apenas entrevistado pelo Pesquisador responsável sobre condições de minha saúde bucal bem como as minhas principais queixas sobre tal fato. Entendo que meu bem estar físico, moral e social será plenamente respeitado e que poderei desistir no momento em que desejar. Reconheço que serei avaliado em meu estado mental e social e que minha identidade será resguardada. Reconheço também que estou contribuindo para o desenvolvimento científico em nível coletivo da terceira idade, e que receberei esclarecimentos adicionais consultando o pesquisador por telefone (16 36248033 e/ou 16 97261110), caso ache necessário a qualquer momento em que tiver dúvida, visto que minha participação encerra-se ao final da entrevista. Assim, consinto em participar do estudo respondendo ao questionário da pesquisa, por livre vontade.

PARTICIPANTE DA PESQUISA

Pesquisador Responsável Alexandre F. Bulgarelli

Data: ____/____/____

APÊNDICE - D

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Projeto de pesquisa: “Saúde bucal em idosos: queixas relatadas, Ribeirão Preto (SP).”

Termo de consentimento livre e esclarecido (cuidador/ responsável)

(Conselho Nacional de Saúde, resolução 196/96)

EU, _____ portador do documento de identidade nº _____, responsável pelo idoso (a) _____ autorizo que o(a) mesmo(a) participe da pesquisa *“Saúde bucal em idosos: queixas relatadas. Ribeirão Preto, (SP)”*. Tenho consciência que o (a) mesmo(a) será entrevistado pelo Pesquisador responsável, sobre condições de sua saúde bucal bem como suas principais queixas sobre tal fato. Entendo que seu bem estar físico, moral e social será plenamente respeitado e que o(a) mesmo(a) poderá desistir no momento em que desejar. Reconheço que será avaliado seu estado mental e social e que sua identidade será resguardada. Reconheço também que estaremos contribuindo para o desenvolvimento científico em nível coletivo da terceira idade, e que receberemos esclarecimentos adicionais consultando o pesquisador por telefone (16 36248033 e/ou 16 97261110), caso achemos necessário a qualquer momento em que tivermos dúvida.

Participante da Pesquisa (cuidador/ responsável)

Pesquisador Responsável Alexandre F. Bulgarelli.

Data: ____/____/____

APÊNDICE - E

TABELAS COM A DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA QUANTIDADE DE DENTES E IDADE DE ACORDO COM ALGUMAS VARIÁVEIS SÓCIO-ECONOMICAS E CUIDADOS COM SAÚDE BUCAL.

Tabela 1e- Frequência da quantidade de dentes relatada segundo algumas variáveis. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável		Desdentados totais		Desdentados parciais		Totalmente dentados		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Sexo	Masc	38	42,2	47	52,2	5	5,6	90
	Fem	88	51,5	72	42,1	11	6,4	171
Idade	60 a 69	39	32,0	70	57,3	13	10,7	122
	70 e +	87	62,6	49	32,5	3	4,9	139
Escolaridade	<4	102	55,4	71	38,5	11	6,1	184
	5 a 8	16	42,1	20	52,6	2	5,3	38
	9 a 11	7	30,4	15	65,2	1	4,4	23
	>11	1	6,3	13	81,2	2	12,5	16
Convívio	Só	16	70,0	4	17,4	3	12,6	23
	Família	86	50,6	74	43,5	10	5,9	170
	Cônjuge	24	35,3	41	60,3	3	4,4	68
Renda própria	Sim	104	48,8	96	45,0	13	6,2	213
	Não	22	45,8	23	47,9	3	6,3	48
Resp. financ.	Sim	46	43,8	52	49,5	7	6,7	105
	Não	58	53,7	44	40,7	6	5,6	108
Cont. Renda	Sim	50	56,1	34	38,2	5	5,7	89
	Não	8	42,1	10	52,6	1	5,3	19

Tabela 2e- Frequência da quantidade de dentes relatada, segundo auto-avaliação e valor dado à saúde bucal. Idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável		Desdentados totais		Desdentados parciais		Totalmente dentados		Total n
		n	%	n	%	n	%	
Avaliação	Péssima/Ruim	5	20,8	17	70,8	2	8,4	24
	Regular	24	40,0	34	56,6	2	3,4	60
	Boa/Ótima	97	54,8	68	38,4	12	6,8	177
Satisfação	Insatisfeito	36	38,2	53	56,3	5	5,5	94
	Satisfeito	74	53,6	58	42,0	6	4,4	138
	Muito satisf.	16	55,1	8	27,5	5	17,4	29
Valor	Pouco Imp.	26	78,7	6	18,1	1	3,2	33
	Importante	57	48,7	53	44,4	7	6,9	117
	Muito imp.	43	38,7	60	54,0	8	7,3	111

Tabela 3e- Cuidados com os dentes segundo idade, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Variável \ Idade		60 a 69		70 e +		Total
		n	%	n	%	n
Escovação dentes	Uma vez	1	20,0	4	80,0	5
	Duas vezes	31	55,3	25	44,7	56
	Três vezes ou +	51	70,0	23	30,0	74
Fio dental diário	Sim	43	67,1	21	32,9	64
	Não	40	56,4	31	43,6	71
Bochechos diários	Sim	33	70,2	14	29,8	47
	Não	50	56,8	38	43,2	88

Tabela 4e- Cuidados com próteses segundo idade, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Idade Variável		60 a 69		70 a 79		80 e +		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Maneira escovação								
Água + escova		1	11,2	6	66,6	2	22,2	9
Água + escova + p. dente		75	41,6	85	47,2	20	11,2	180
Água + escova + sabão		14	56,0	9	36,0	2	8,0	25
Escovação diária								
Uma vez ou -		9	32,1	13	46,4	6	21,5	28
Duas vezes		31	35,6	45	51,7	11	12,7	87
Três vezes ou +		50	50,5	42	42,4	7	7,1	99

Tabela 5e- Alguns cuidados com a saúde bucal segundo idade, relatados por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Idade Variável		60 a 69		70 a 79		80 e +		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Visita dentista	Sim	63	56,2	41	36,6	8	7,2	112
	Não	59	39,6	72	48,3	18	12,1	149
Preocupação	Sim	103	51,2	82	40,7	16	8,1	201
	Não	19	31,6	31	51,6	10	16,8	60
Valor s. bucal	Pouco import.	6	18,3	16	48,4	11	33,3	33
	Importante	56	47,8	52	44,4	9	7,8	117
	Muito import.	60	54,0	45	40,6	6	5,4	111

APÊNDICE - F

TABELAS COM A DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS QUEIXAS DE ACORDO COM ALGUMAS VARIÁVEIS REFERENTES À QUANTIDADE DE DENTES, SATISFAÇÃO COM SAÚDE BUCAL E IDADE.

Tabela 1f- Algumas queixas de saúde bucal, relatadas por idosos residentes na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Idade		60 a 69		70 a 79		80 e +		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Mob. Prot.	Duas/só sup	17	47,2	14	38,8	5	14,0	36
	Só inferior	16	32,0	26	52,0	8	16,0	50
	Não	57	44,5	60	46,9	11	8,6	128
Dif. fonética	Sim/A.v.	19	37,2	24	47,0	8	15,8	51
	Não	71	43,5	76	46,6	16	9,9	163
Tra. Mec.	Sim/A.v.	17	46,0	16	43,2	4	10,8	37
	Não	73	41,2	84	47,4	20	11,4	177
Dor de dente	Sim/A.v.	19	59,3	11	29,7	2	11,0	32
	Não	64	62,1	35	34,0	4	3,9	103
Falta dente	Sim/A.v.	17	63,0	10	37,0	0	0,0	27
	Não	53	57,6	33	35,8	6	6,6	92
Mau Hálito	Sim/A.v.	31	56,3	20	36,3	4	7,4	55
	Não	91	44,1	93	45,1	22	10,8	206
Boca Seca	Sim/A.v.	34	40,0	41	48,8	9	11,2	84
	Não	88	49,7	72	40,6	17	9,7	177
Dif. Mastig.	Sim/A.v.	37	34,2	53	49,0	18	16,8	108
	Não	85	55,5	60	39,2	8	5,3	153

A.v. – Algumas vezes

Tabela 2f- Queixas mais freqüentes relatadas por idosos segundo quantidade de dentes. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Queixas		Desdentados		Desdentados parciais		Totalmente dentados		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Dif. Mast.	Sim/A.v.	72	66,6	36	33,4	0	0,0	108
	Não	54	35,3	83	54,2	16	10,5	153
Boca seca	Sim/A.v.	43	51,2	37	44,0	4	4,8	84
	Não	83	46,9	82	46,3	12	6,8	177
Mau Hálito	Sim/A.v.	22	40,0	33	60,0	0	0,0	55
	Não	104	50,5	86	41,7	16	7,8	206
ATM	Sim/A.v.	12	33,3	19	52,7	5	14,0	36
	Não	114	50,6	100	44,4	11	5,0	225
Feri. boca	Sim/A.v.	24	48,0	20	40,0	6	12,0	50
	Não	102	48,3	99	47,0	10	4,7	211

ATM – Articulação Temporomandibular

A.v. – Algumas vezes

Tabela 3f- Dificuldade mastigatória dos idosos segundo algumas variáveis.
Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III.
Ribeirão Preto, 2005.

Variável	Dif. Mastigação	Sim / Algumas vezes		Não		Total
		n	%	n	%	n
Sexo	Masculino	35	38,8	55	61,2	90
	Feminino	73	46,7	98	53,3	171
Idade	60-69	37	30,3	85	69,7	122
	70-79	53	47,0	60	53,0	113
	80 e +	18	69,2	8	30,8	26
Mob. Prótese	Sim duas/ só sup.	22	61,1	14	38,9	36
	Só inferior	32	64,0	18	36,0	50
	Não	46	36,0	82	64,0	128
Trau. Mec.	Sim/A.v.	22	59,4	15	40,6	37
	Não	78	44,0	99	56,0	177

A.v. – Algumas vezes

Tabela 4f- Dificuldade mastigatória de desdentados parciais segundo algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Dif. Mastigação Variável		Sim/ Algumas vezes		Não		Total
		n	%	n	%	n
PPR superior	Tem usa	8	25,0	24	75,0	32
	Nunca usa/ esp.	2	50,0	2	50,0	4
PPR inferior	Tem usa	14	32,5	29	67,5	43
	Nunca usa/ esp.	4	62,5	2	37,5	8
Uso PPRS	0-14 (anos)	5	23,8	16	76,2	21
	15-29 (anos)	3	30,0	7	70,0	10
	30 e + (anos)	2	40,0	3	60,0	5
Uso PPRI	0-14 (anos)	12	38,7	19	61,3	31
	15-29 (anos)	4	33,3	8	66,7	12
	30 e + (anos)	3	37,5	5	62,5	8

PPR – Prótese parcial removível

PPRS- Prótese parcial removível superior

PPRI- Prótese parcial removível inferior

Tabela 5f- Dificuldade mastigatória de idosos desdentados totais segundo algumas variáveis. Área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família III. Ribeirão Preto, 2005.

Dif. Mastigação Variável		Sim/ Algumas vezes		Não		Total
		n	%	n	%	n
PT superior	Tem usa	87	52,0	80	48,0	167
	não usa/ não tem	2	66,6	1	33,4	3
PT inferior	Tem usa	45	48,3	48	51,7	93
	não usa/ não tem	28	80,0	7	20,0	35
Tempo uso PTS	0 -14 (anos)	16	50,0	16	50,0	32
	15-29 (anos)	22	68,7	18	31,3	40
	30 e + (anos)	50	51,5	47	48,5	97
Tempo uso PTI	0-14 (anos)	14	50,0	14	50,0	28
	15-29 (anos)	21	63,6	12	36,4	33
	30 e + (anos)	27	51,0	26	49,0	53

PT- prótese total

PTS- prótese total superior

PTI- prótese total inferior

“Vista da juventude, a vida é um longo futuro; a partir da velhice, parece um curto passado”

Arthur Schopenhauer