

AVALIAÇÃO SÓCIO-ODONTOLÓGICA DE 300 PESSOAS
IDOSAS DE BAURU-SP

IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO

*Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia de Bauru, da
Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para obtenção do título
de Doutor em Odontologia, na área de
Estomatologia.*

(Edição revisada)

BAURU

2000

**AVALIAÇÃO SÓCIO-ODONTOLÓGICA DE 300 PESSOAS
IDOSAS DE BAURU-SP**

IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO

*Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia de Bauru, da
Universidade de São Paulo, como
parte dos requisitos para obtenção
do título de Doutor em Odontologia,
na área de Estomatologia.*

(Edição revisada)

*Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia
Álvares Capelozza*

BAURU

2000

Carvalho, Izabel Maria Marchi de
C253 a Avaliação sócio-odontológica de 300 pessoas idosas de
Bauru- SP/ Izabel Maria Marchi de Carvalho. – Bauru, 2000.
173 p. : il.; 30 cm
Tese. (Doutorado) - - Faculdade de Odontologia de
Bauru. USP.
Orientadora: Prof^a. Dr.^a Ana Lúcia Alvares Capelozza.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos
reprodução total ou parcial desta tese, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura do autor:

Data: Bauru, 03 de julho de 2000

Comitê de Ética em Pesquisa da FOB – USP

Data de aprovação: 26 de agosto de 1999

DADOS CURRICULARES

Prof^a. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO

30 de setembro de 1958
Penápolis – SP

Nascimento

1977 – 1980

Curso de Odontologia – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

1987

Cirurgiã- Dentista junto ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais, Universidade de São Paulo.

1989 – 1991

Curso de Pós –Graduação em nível de mestrado em Diagnóstico Bucal na Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

1993

Professora assistente das Disciplinas de Radiologia, Diagnóstico Bucal I e II , Medicina Bucal I e II da Universidade do Sagrado Coração, de Bauru.

1997 – 1999

Curso de Pós –Graduação em nível de doutorado em Diagnóstico Bucal na Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

Associações

*Associação Paulista de Cirurgiões- Dentistas – APCD.
Sociedade Brasileira de Estomatologia- SOBE.*

Dedico este trabalho aos meus alunos, os de ontem, os de hoje e os de amanhã, pois eles são a maior razão desta trajetória!

Eu não teria chegado até aqui sem o amor, a paciência, o apoio e o incentivo dos meus pais Alencar de Carvalho e Maria Marchi de Carvalho, de minha família, de meus amigos e, especialmente, do Antonio Fernando Assumpção de Campos Lima.

Obrigada!

Este trabalho não seria realizado sem a ousadia inovadora da minha orientadora Prof^a. Dr.^a Ana Lúcia Alvares Capelozza, que, percebendo a importância do tema, sugeriu seu desenvolvimento.

Sua liderança, sua alegria, seu desempenho profissional e sua capacidade de bem administrar os vários setores profissionais e pessoais da sua vida, têm servido de espelho para mim e para muitos outros pós-graduandos.

Agradeço a ela a chance de estar aqui hoje. A parceria orientada e orientadora, serviu para fortalecer, ainda mais, nossa antiga amizade.

Agradecimentos Especiais:

Aos idosos que gentilmente concordaram em participar desta pesquisa. Conhecer e conviver com estas pessoas trouxe importante contribuição a minha vida, tendo ultrapassado minhas expectativas e indo muito além da conclusão deste estudo,

Ao Professor Doutor José Alberto de Souza Freitas, Superintendente do Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de galgar mais um degrau na Odontologia,

Ao Professor Doutor Aymar Pavarini, Digníssimo Diretor da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP,

Ao Professor Doutor Luiz Fernando Pegoraro, Presidente da Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, pelo incentivo e apoio à pesquisa e ao ensino na Odontologia.

À Universidade do Sagrado Coração, na pessoa da Irmã Marisabel Leite, Diretora do Centro de Ciências Biológicas e Profissões da Saúde, da USC, pelo incentivo, apoio e pela chance de me fazer participante daquela grande família .

Ao Professor Doutor Luiz Casati Alvares, Coordenador do Curso de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração que, por seu desprendimento, por sua dedicação e carinho aos alunos, sempre será meu maior exemplo de Mestre. Agradeço a amizade, a confiança e a atenção dispensadas a minha pessoa .

À Doutora Eliane Fetter Telles Nunes, Secretária da Saúde do Município de Bauru-SP, pela oportunidade de trabalhar com os idosos do Programa Municipal de Atendimento ao Idoso – PROMAI.

Ao Dr. Júlio Horta, da Clínica Júlio Horta de Reumatologia , Geriatria e Medicina Preventiva , pela indispensável contribuição prestada ao desenvolvimento deste trabalho de pesquisa.

Ao Professor Doutor Heli Benedito Brocco, Diretor Administrativo e Financeiro do Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais, HRAC-USP, pela confiança e incentivo.

Ao Prof. Dr. João Henrique Nogueira Pinto, Diretor Técnico de Serviços Odontológicos, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais, HRAC – USP, pela amizade e apoio.

Pela dedicação e competência, agradeço ainda:

Ao professor Doutor José Humberto Damante, Chefe do Departamento de Estomatologia da FOB –USP, e aos Professores Dr. Orivaldo Tavano, Dr. Luiz Eduardo Montenegro Chinellato, Dr. Clóvis Marzola, Dr. Reinaldo Mazzotini, Dr. Eduardo Sant’Ana, Dr. Alberto Consolaro, Dr. Luis Antonio de Assis Taveira, Dr.^a Denise Tostes Oliveira e Dr.^a Vanessa Soares Lara, ilustres docentes do Departamento,

Aos professores Nelson Leão, Flávia Noemy Gasparini Kiatake Fontão e Márcia Ferreira Vasconcelos, colegas da Universidade do Sagrado Coração, pelo incentivo, pelo apoio e pela alegria de com eles compartilhar a vida docente,

Aos radiologistas do Setor de Radiologia Odontológica do Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais – USP, Carlos Alberto Carvalho Pires, Márcia Morato Leite Janeiro e Christiane Gebara Razuk, pela colaboração e eficiência com que têm mantido o setor . Sem esta colaboração não teria conseguido a necessária tranquilidade para desenvolver e concluir este trabalho,

Aos funcionários do Setor de Radiologia Odontológica do Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais – USP, Neudemir Aguiar Santos, Luiz Carlos de Oliveira, Vinícius Garcia, José Roberto Gomes, Daniel Nolé Mesquita, Edileine Micheli Teodoro e Sílvia Lúcia Pinto Fontes pela amizade e colaboração,

À professora Cláudia Almeida Prado Piccino Sgavioli, Coordenadora das Clínicas de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração, pela viabilidade de desenvolvimento parcial da pesquisa nas dependências clínicas do Departamento de Odontologia da USC,

À Sra. Gislaine Aude Fantini, Coordenadora da Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade do Sagrado Coração, cuja alegria e dedicação à Terceira Idade foram mais um incentivo ao desenvolvimento desta pesquisa,

Aos colegas da Pós – Graduação: Osny Ferreira Júnior, Pedro Gregol da Silva, Ângelo Pavan, Mariela Siqueira Gião Dezotti, Luciana Reis de Azevedo, Andreia Miranda Kuroiva, Vanessa Cristina Veltrini, Lilian Cristina Vessoni Iwaki, Christiano Napoleone Chueri Gurgel, pelo tempo e alegrias que compartilhamos,

Aos funcionários do Departamento de Estomatologia: Marília Gião, Walderez Pereira Alves, Fernanda dos Santos, José Messias Oliveira Filho, Célio Coelho Portela, Lígia Ramos Oliveira Campos e Josieli Aparecida Tripodi Farinha, pela amizade e carinho a mim dedicados,

A todas as funcionárias das Clínicas de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração, na pessoa da Sra. Elza da Silva Souza Bargas pelo apoio e pelo carinho dispensados a mim e aos pacientes da Terceira Idade,

Aos funcionários do Programa Municipal de Atendimento ao Idoso – PROMAI, na pessoa da Dr.^a Maria de Fátima Moreno, pela inestimável colaboração na realização desta pesquisa,

Às funcionárias da Unidade de Ensino e Pesquisa – UEP, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais – USP, pelo atendimento e presteza de seus serviços,

Ao meu irmão, Alencar de Carvalho Júnior, pelo desprendimento, atenção e carinho com que criou o programa de informática, com o qual tornou-se possível o armazenamento de tantas informações, bem como a obtenção dos vários resultados da pesquisa,

Ao meu pai, Alencar de Carvalho que, com carinho e paciência, corrigiu várias vezes a gramática,

À minha irmã Sônia Maria Marchi de Carvalho, pela contribuição profissional no capítulo da discussão e pelo esmero da versão do resumo para a língua inglesa,

A todos meus colegas do Setor Odontológico do Hospital de Reabilitação de Anomalias Crâniofaciais, HRAC-USP, pela amizade e incentivo,

Ao Professor Dr. José Roberto Pereira Lauris, responsável pela análise estatística deste trabalho,

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho, minha profunda gratidão e meu sincero reconhecimento .

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

1- INTRODUÇÃO.....	1
2- REVISÃO DA LITERATURA.....	7
2.1- Conceitos e teorias.....	9
2.2- Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento.....	14
2.3- Alterações bucais relacionadas ao envelhecimento.....	20
2.4- Doenças mais freqüentes e principais medicações utilizadas pela população idosa.....	28
2.5- Atendimento odontológico e saúde bucal do idoso.....	47
3- PROPOSIÇÃO.....	69
4- MATERIAL E MÉTODOS.....	71
5- RESULTADOS.....	76
6- DISCUSSÃO	
6.1- Considerações gerais	108
6.2- Características sócio-demográficas dos idosos avaliados.....	113
6.3- Grau de satisfação em relação à saúde bucal.....	115
6.4- Queixas de problemas bucais.....	120
6.5- História médica pregressa	124
6.6- Alterações bucais.....	131
6.7- Condições das próteses e edentulismo.....	135
7- CONCLUSÕES.....	142
ANEXOS.....	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162
ABSTRACT.....	171

Lista de Figuras:

Gráfico 1- Comparação dos percentuais de auto – avaliação do desempenho mastigatório entre os idosos avaliados em cada uma das amostras e o total de cada classificação.....	81
Gráfico 2- Percentagem, por faixa etária, das principais doenças sistêmicas dos 300 idosos avaliados em Bauru.....	92
Gráfico 3- Comparação do número de ocorrência dos principais vícios dos 300 idosos avaliados em Bauru.....	94
Gráfico 4- Percentagem de próteses satisfatórias e insatisfatórias, encontradas nos idosos avaliados em Bauru.....	100
Gráfico 5- Comparação dos percentuais de ocorrência, por gênero, das lesões associadas ao uso de próteses nos idosos avaliados em Bauru.....	102
Gráfico 6- Comparação dos percentuais de ocorrência do edentulismo, por faixa etária, entre as 3 amostras avaliadas.....	106

Lista de Tabelas:

Tabela 1 - Distribuição das características sócio - demográficas de 300 idosos masculinos e femininos de Bauru, 1999.....	73
Tabela 2 - Comparação do grau de satisfação em relação à saúde bucal entre as amostras.....	80
Tabela 3- Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com o grau de escolaridade, dos 300 idosos avaliados em Bauru.....	82
Tabela 4- Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a renda mensal, dos 300 idosos avaliados em Bauru.....	83
Tabela 5- Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a presença de dentes.....	84
Tabela 6- Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a queixa de ansiedade.....	85
Tabela 7- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos idosos avaliados em cada uma das 3 amostras.....	86
Tabela 8- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados em relação ao grau de escolaridade.....	87
Tabela 9- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados , em relação à renda mensal.....	88
Tabela 10- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados relacionadas à presença de dentes.....	89
Tabela 11- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados relacionadas à queixa de ansiedade.....	90
Tabela 12- Condições médicas encontradas nos 300 idosos avaliados em Bauru.....	91

Tabela 13- Medicamentos rotineiramente usados pelos 300 idosos avaliados em Bauru.....	93
Tabela 14- Idosos que usam medicações por gênero e faixa etária.....	95
Tabela 15- Ocorrência de alterações bucais relacionadas ao grau de escolaridade, de 300 idosos avaliados em Bauru.....	96
Tabela 16- Ocorrência de alterações bucais relacionadas a renda mensal, de 300 idosos avaliados em Bauru.....	97
Tabela 17- Ocorrência de alterações bucais relacionadas à presença de dentes, de 300 idosos avaliados em Bauru.....	98
Tabela 18- Condições da próteses usadas pelos idosos avaliados em Bauru.....	99
Tabela 19- Lesões bucais associadas ao uso de prótese, relacionadas por gênero, nos idosos avaliados em Bauru.....	101
Tabela 20- Lesões bucais associadas ao uso de prótese relacionadas ao tempo de uso da prótese.....	103
Tabela 21- Características sócio - demográficas de 136 idosos desdentados , avaliados em Bauru.....	104
Tabela 22- Ocorrência do edentulismo, por faixa etária, em cada uma das 3 amostras analisadas.....	105

RESUMO

Uma avaliação sócio-odontológica de pessoas idosas foi realizada com o objetivo de conhecer as características de saúde bucal e geral da terceira idade, e de se elaborar uma ficha clínica específica para seu atendimento.

A amostra foi constituída por trezentas pessoas com 50 anos e mais, vindas de três instituições, públicas e privadas, diferentes. Todos os participantes da pesquisa eram funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes.

O estudo foi constituído por uma entrevista direta e por um subsequente exame físico da cavidade bucal.

Na entrevista direta foram levantados : a história médica pregressa, o grau de satisfação em relação à saúde bucal e a ocorrência de queixas de problemas bucais, cujos resultados foram relacionados aos graus de escolaridade, às diferentes rendas mensais e à presença de ansiedade. No exame físico, foram avaliadas as alterações de mucosa bucal mais prevalentes e as condições das próteses utilizadas pelos idosos.

Os resultados obtidos proporcionaram as seguintes conclusões:

- 1- As alterações bucais mais prevalentes na população estudada foram aquelas associadas ao uso de próteses, principalmente a candidíase crônica eritematosa de palato, especialmente nas mulheres; as alterações da língua, como a língua saburrosa e a língua varicosa; e a gengivite.
- 2- O grau de satisfação em relação à saúde bucal relatado pelos idosos foi superestimado pois não se mostrou condizente com a avaliação clínica das

condições bucais e das próteses utilizadas. Odontalgias, problemas gengivais e a sensação de boca seca foram as principais queixas bucais acusadas.

3- A auto-percepção da saúde bucal e a ocorrência de queixas bucais não estavam relacionadas ao grau de escolaridade, à renda mensal ou à presença de dentes naturais. As queixas de problemas bucais tiveram associação estatisticamente significantes com os casos de queixa de ansiedade.

4- As doenças sistêmicas mais freqüentes nos idosos avaliados em Bauru foram; as doenças cardiovasculares, as doenças reumáticas, a ansiedade, a depressão e a diabetes mellitus. Os medicamentos rotineiramente mais utilizados pela população idosa avaliada foram : as medicações para o controle de desordens cardiovasculares, os antiinflamatórios (incluindo-se as fórmulas manipuladas), os psicotrópicos e os medicamentos hipoglicêmicos para o controle da diabetes mellitus .

5- O edentulismo apresentou uma prevalência de 45,3% nos idosos avaliados em Bauru. Houve uma associação estatisticamente significativa do edentulismo com a procedência rural, com o analfabetismo e com rendimentos mensais entre 1 e 5 salários mínimos.

6- A maioria das próteses removíveis parciais e/ou totais apresentavam condições insatisfatórias de função, de aparência e de limpeza .

7- A literatura consultada e os resultados obtidos permitiram a idealização de uma ficha específica para o atendimento odontológico de pessoas idosas.

1- INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO:

Uma das características mais importantes da sociedade atual é o aumento da população idosa. O crescimento desta faixa etária é um fenômeno comum na maioria dos países industrializados e dos em desenvolvimento.

Em 1900, a população mundial com 65 anos ou mais era estimada em 50 milhões, num total de 1,618 bilhão. Em 1980, ela passou para 252,3 milhões, em um total de 4,430 bilhões, e a previsão é de que, no final do ano 2000, ela chegue a 400 milhões em um total de 6,119 bilhões. A população com 65 anos ou mais crescerá 8 vezes enquanto, no mesmo período, a população mundial deverá crescer apenas 3,7 vezes (BACIERO; GANDARIAS ; PÉREZ ², 1998).

Em 1993, 13% (32 milhões) da população total dos EUA estavam com 65 anos ou mais. No final do ano 2000, aquela população idosa será igual à população com faixa etária dos 0-9 anos (MILLER; TRUHE ⁴⁸, 1993).

O grupo de idosos , com 85 anos ou mais, é o segmento que mais rapidamente cresceu em toda população americana, com expectativa de representar 2,9 % da população total no ano 2030 (KILMARTIN ³⁷, 1994).

A ONU estima que, dentro de 50 anos, em todo o mundo, a faixa etária dos 80-99 anos, terá um crescimento de 460% e a dos 60-79 anos crescerá 245%.

No Brasil, com base no censo de 1991, a população de idosos vai triplicar nos próximos 20 anos ⁵⁶. Estima-se que 5,2% da população brasileira (8,5 milhões de pessoas) têm mais de 65 anos de idade. A projeção para o ano 2020 é de 9% de

habitantes nesta faixa etária (18 milhões de habitantes) (WERNER et al. 1998 ⁸³, 1998).

Em 2025 o Brasil terá a 6ª população mais idosa do mundo, com mais de 30 milhões de pessoas nesta faixa etária, representando quase 15% da população total (SILVESTRE et al. ⁷⁴, 1996).

Entre os fatores que determinaram esta longevidade se incluem : a proteção ao suplemento de água contra doenças parasitárias agudas; as imunizações contra doenças infecciosas na infância; o controle de infecções por antibióticos; o controle da natalidade e um real aumento progressivo na expectativa de vida, de 44 anos em 1900 para 76 anos em 1990. Estas mudanças nas taxas de sobrevivência têm ocorrido graças também, a uma melhoria nos recursos médicos e farmacológicos que possibilitaram a detecção, a prevenção e o tratamento precoce de condições fatais, como o infarto do miocárdio, os acidentes vasculares cerebrais e alguns tipos de neoplasias malignas (ETTINGER ²⁵, 1997).

Com o aumento da população da faixa etária de 65 anos e a diminuição das faixas etárias mais jovens, governos, empresas e todas as instituições deverão se adaptar para atender adequadamente a este contingente cada vez mais numeroso. Nos E.U.A., esta mudança demográfica tem causado impacto na política social, tanto que, em 1995, o governo americano gastou nove vezes mais com a população idosa do que com a população infantil (ETTINGER ²⁵, 1997).

Os sistemas de saúde, na maioria dos países em desenvolvimento, não estão preparados para enfrentar essa nova realidade, não apenas pela falta de infraestrutura para atender a demanda, como também pelo despreparo dos profissionais de saúde, que não dão respostas adequadas aos problemas trazidos pelos idosos.

Como adulto de hoje será o idoso de amanhã, e devido ao uso de flúor, a melhores cuidados bucais e a uma melhor educação, é esperada uma menor taxa de pacientes desdentados. Nos países industrializados, o número de pessoas idosas desdentadas diminuiu de 52% em 1972, para 17% em 1992. Embora o número absoluto de idosos desdentados ainda não tenha diminuído, bem menor já é sua percentagem na população total. Como a frequência de visitas ao dentista parece estar relacionada à presença de dentes e não à idade do paciente, o aumento da longevidade da dentição e a implantodontia dão suporte à previsão de que a odontologia terá um aumento substancial no número de pacientes idosos ¹⁵.

O manejo desta população difere daquele dado à população em geral, devido às mudanças ocorridas no processo de envelhecimento, à presença de patologias e ao aumento de incapacidades. Normalmente, os idosos fazem uso de múltiplas medicações para controle de problemas crônicos. Além de respostas exageradas ou adversas, no envelhecimento, a meia vida da maioria das drogas é aumentada, enquanto que seu metabolismo está diminuído. O envelhecimento pode ainda predispor respostas exageradas ou adversas a drogas rotineiramente usadas em odontologia. Doenças sistêmicas comumente encontradas na 3ª idade (doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, mal de Alzheimer, xerostomia, etc.), podem ter influência na saúde bucal destes pacientes, pois dificultam ou impossibilitam a manutenção da higiene bucal (HAAS et al. ³⁴, 1991; AMERICAM ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEONS ¹, 1995; CARLSON & KAMEN ¹⁶, 1997 ; LaROCCA; JAHNIGEN ⁴², 1997).

A terceira idade é um grupo populacional heterogêneo devido às diferentes experiências acumuladas na vida de cada indivíduo. Encontram-se idosos com

diferentes níveis econômicos; estados de saúde; níveis culturais e de motivação quanto à manutenção da saúde bucal.

Uma saúde bucal pobre, nesta faixa etária, pode ser vista como uma diminuição da função mastigatória resultante de dentes cariados; de doença periodontal; de inadequadas próteses totais ou parciais ; da ausência de próteses totais; de higiene bucal negligente; da presença de lesões bucais; de dor; de inflamação ou infecção. Uma saúde bucal satisfatória é essencial para: uma nutrição variada, a qual possibilitará a manutenção da saúde geral e de uma melhor qualidade de vida; para uma auto estima positiva e para uma vida social saudável (SAUNDERS⁶⁶, 1997; ZWETCHKENBAUM; SHAY⁸⁶, 1997).

A saúde bucal deveria estar relacionada e interligada com a saúde geral, pois as mudanças ocorridas no processo de envelhecimento podem afetar o curso do tratamento odontológico. Infelizmente, isto não é comumente observado (THINES; KARUZA JUNIOR; MILLER⁸¹, 1987; ; BERG & MORGENSTERN⁵, 1997 ; DUNKERSON²¹, 1998).

A prestação de serviços odontológicos aos idosos deveria estar relacionada às condições ambientais, de comunicação e de interação com o paciente e com sua família. Vários estudos^{20, 30, 31, 36, 41, 57, 61, 70, 73, 76, 78} têm recomendado uma avaliação subjetiva das queixas bucais e do grau de expectativa em relação à saúde bucal, de pacientes idosos, de modo a melhorar o atendimento destes pacientes.

O desenvolvimento de ações odontológicas para a terceira idade deveria fazer parte da programação dos serviços de saúde bucal, sem que as prioridades clássicas fossem modificadas, mas que houvesse uma relativa disponibilidade de espaço e de tempo para os idosos.

Para que a prestação do atendimento odontológico seja administrado de forma padronizada, quer em consultórios particulares, quer em serviços públicos de saúde bucal, é necessária a utilização de uma ficha clínica adaptada para o atendimento do paciente idoso. Uma ficha que possibilite ao cirurgião – dentista conhecer as condições físicas, sociais e psicológicas comumente associadas à terceira idade. O dentista precisa se inteirar da situação geral do paciente idoso, para que possa compreender não só sua queixa principal, mas o indivíduo como um todo. Todos os fatores são significativos e podem influenciar no tratamento. A obtenção de uma história detalhada do paciente deve ser considerada como uma questão indispensável e essencial para o atendimento odontológico de idosos.

Após uma análise cuidadosa da vasta literatura pertinente ao atendimento odontológico dos pacientes da 3ª idade, não encontramos um modelo específico de ficha odontológica para esta finalidade. Esta fato associado à falta de informações sobre o paciente idoso, no Brasil, nos despertou interesse para o desenvolvimento deste trabalho

2- REVISÃO DA LITERATURA

2- REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento tem sido definido como um processo biológico, um processo patológico, um processo socioeconômico ou psicossocial. As conseqüências cronológicas e psicológicas do envelhecimento variam de pessoa para pessoa, dificultando a adoção de uma única definição de envelhecimento. De qualquer modo, a idade é um limite arbitrário, uma vez que o envelhecimento é um processo contínuo, não se iniciando em determinada idade ou em momento particular (CORMACK¹⁹, 2 000).

Ao envelhecimento são atribuídas mudanças irreversíveis e inevitáveis, que ocorrem com o passar do tempo. Faz-se necessário diferenciar os sinais e sintomas causados pelo envelhecimento daqueles causados por doenças. Muitas das deficiências, tradicionalmente associadas ao envelhecimento, parecem resultar de processos patológicos. Os determinantes das mudanças no envelhecimento são complexos e sofrem contribuição de fatores genéticos, exposições ambientais, estilo de vida e fatores psicossociais. O envelhecimento seria então, resultado de vários eventos independentes que envolveriam um envelhecimento geneticamente programado, mutações ao acaso e danos ambientais.

O envelhecimento não é uma doença, porém suas mudanças podem tornar um indivíduo mais suscetível á doenças.

Embora não possam ser evitadas, algumas das alterações encontradas no envelhecimento podem ser modificadas por bons hábitos, e por estilo de vida; outras podem ser terapeuticamente controladas, de modo que seu impacto sobre os idosos seja minimizado. As alterações resultantes de processos patológicos podem ser evitadas com a prevenção destas condições patológicas. O paciente idoso , sob uma perspectiva médica, é então uma combinação de mudanças “normais” relacionadas à idade, doenças crônicas e terapia com drogas.

(MILLER; TRUHE ⁴⁸, 1993; BACIERO; GANDARIAS; PÉREZ ², 1998; BERG & MORGENSTEIN ⁵, 1997; KILMARTIN ³⁷, 1994; ERSHLER ; LONGO ²³, 1997).

2.1- Conceitos e teorias:

Cada área da ciência desenvolve conceitos e termos apropriados, de modo a padronizar a linguagem utilizada na troca de informações científicas.

KINA, et al. ³⁸, 1996, apresentaram os seguintes conceitos:

- Geriatria (do grego *geras*: idoso, e *iatrikos*: cura) representa o estudo e o tratamento das alterações observadas na velhice. Em termos gerais seria a medicina dos idosos, correspondendo à assistência médica, à prevenção e tratamento das pessoas idosas e à assistência psicológica e sócio- econômica.
- Gerontologia: ciência que estuda o envelhecimento e suas conseqüências.
- Odontologia Geriátrica: ramo da odontologia que atua na prevenção e no atendimento das necessidades bucais do paciente idoso.

-Senilidade: termo que se refere fundamentalmente à velhice patológica (física ou psíquica).

-Senescência: envelhecimento puramente biológico.

WERNER et al. ⁸³, 1998, apresentaram o vocabulário utilizado nos estudos sobre o envelhecimento:

- Geriatria – ramo da ciência médica que trata especificamente de pacientes idosos com doenças, ou condições desenvolvidas ou agravadas em decorrência do processo de envelhecimento.

- Odontologia geriátrica- ramo da odontologia que enfatiza o cuidado bucal da população idosa, especificamente tratando do atendimento preventivo e curativo de pacientes com doenças ou condições de caráter sistêmico e crônico associados a problemas fisiológicos, físicos ou psicológicos.

- Gerontologia é um termo genérico que se refere ao estudo científico dos fenômenos fisiológicos e patológicos associados ao processo de envelhecimento.

A primeira idéia ou parâmetro para definir o que é um idoso, é sua idade cronológica. Segundo KINA et al.³⁸, 1996, para a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) o quadro de idades de interesse geriátrico é :

- 1- 45/60 anos (meia idade)- idade crítica, idade pré senil, quando aparecem os primeiros sinais de envelhecimento, que podem representar uma predisposição a várias doenças, requerendo, geralmente intervenção do tipo preventivo;
- 2- 60/70 anos (senescência gradual), caracterizada geralmente pelo aparecimento de processos morbosos típicos da idade avançada, requerendo a aplicação de medidas terapêuticas oportunas;

3- 70/90 anos (senilidade conclamada ou velhice), por volta dos 70 anos , situa-se o velho ou ancião no sentido estrito, com relevância sempre maior para os problemas médico – sociais assistenciais e reabilitadores;

4- acima dos 90 anos , grande velho ou longevo.

A FDI (FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE)²⁷, 1987, dividiu as pessoas idosas (a partir dos 60 anos) em três grupos:

A- Idosos totalmente independentes- indivíduos sadios , podendo apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves controladas por medicações e/ou algum declínio sensorial associado com a idade , mas que vivem sem necessitar de ajuda;

B- Idosos parcialmente dependentes- São os que têm problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter físico ou emocional, com perda de seu sistema de suporte social, que se tornam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive na comunidade dependendo de serviços de suporte;

C- Idosos totalmente dependentes – são aqueles cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos, debilitantes crônicos ou médicos e/ou emocionais, impossibilitando de manter autonomia, geralmente institucionalizados, recebendo ajuda permanente.

O estudo do envelhecimento abrange diferentes teorias e pode ser específico para cada espécie animal.

BURCH¹⁴, 1974 , desenvolveu quatro teorias sobre as possíveis causas do envelhecimento humano:

- 1- Teoria Programada: o desenvolvimento embriológico seria o primeiro estágio de um programa que terminaria com a senilidade e a morte.
- 2- Teoria tóxica: venenos de origem externa e interna se acumulariam no organismo produzindo disfunções e eventualmente a morte
- 3- Teoria do “Uso e Abuso”: traumas e o estresse seriam considerados como causadores da deterioração física, que seria acumulada com o passar do tempo
- 4- Teoria do Erro: distúrbios e distorções podem ocorrer aleatoriamente na síntese de proteínas ou na transcrição dos complexos códigos genéticos (DNA).

BARROWCLOUGH; PINEL ³, 1981, associaram o processo de envelhecimento a fatores ambientais e hereditários. A longevidade apresenta tendência familiar. As características físicas assim como, o desenvolvimento de certas doenças são passadas de uma geração para outra. Os autores citam 3 categorias de fatores ambientais que poderiam influenciar no envelhecimento⁹ :

- 1- Fatores inorgânicos: componentes físicos e químicos do ambiente, tais como as condições climáticas, a poluição e as radiações.
- 2- Fatores orgânicos: parasitas patogênicos e fatores nutricionais que afetam o processo de envelhecimento
- 3- Fatores socioeconômicos: condições adversas de trabalho ou de vida social podem aumentar o estresse, acelerando o processo de envelhecimento.

Os autores acreditavam que uma única teoria não poderia explicar todas as complexas mudanças ocorridas com o envelhecimento.

ERSHLER ; LONGO ²³, 1997, relataram as principais teorias de envelhecimento, em que o acúmulo de efeitos nocivos ao DNA, levaria a uma disfunção celular, morte celular e subsequente disfunção orgânica e à morte do organismo, dentro dos três tipos de modelos :

(1) Efeitos estocásticos intrínsecos :

Teoria da Mutação somática – danos genéticos acumulados produziram mutações que resultariam em declínio funcional

Teoria da mutagênese intrínseca – uma mutação espontânea ou endógena ocorreria em diferentes passos nas diferentes espécies o que explicaria a grande variabilidade de extensão de vida entre as espécies.

Teoria da reparação do DNA – existem vários mecanismos de reparação do DNA. Desordens envolvendo um ou mais mecanismos de reparação poderiam levar a um acúmulo de danos ao DNA e à disfunção.

Teoria da catástrofe/ Erro- Sugere que podem ocorrer erros eventuais na síntese protéica. Se as proteínas envolvidas forem aquelas responsáveis pela síntese de DNA ou RNA, haverá danos no DNA e RNA , com conseqüências para as células filhas.

(2) Efeitos estocásticos extrínsecos: onde fatores extrínsecos, associados à idade, estariam envolvidos com os danos ao DNA e às Proteínas,

Teoria dos radicais livres- O envelhecimento seria resultante de danos ao DNA e às proteínas, por átomos ou moléculas que contivessem elétrons livres.

(3) Envelhecimento geneticamente determinado:

Teoria neuroendócrina - o decréscimo nas funções neurológicas e hormonais associadas, seria central no envelhecimento. A redução das funções da hipófise e das adrenais resultaria numa cascata fisiológica que conduziria ao fenótipo do idoso.

Teoria imunológica- O declínio da função imunológica seria a chave do envelhecimento. Esta teoria é baseada em observações de que o declínio das funções imunológicas ocorrem em todas as espécies de mamíferos, porém demora mais a ocorrer naquelas de maior sobrevivência.

WERNER et al.⁸³, 1998, classificaram as teorias de envelhecimento baseados em dois grupos de pesquisa de laboratório: programas genéticos de desenvolvimento e morfogênese, e falhas evolutivas homeostáticas não adaptativas. No primeiro grupo se encontrariam as teorias do relógio biológico centralizado, da diminuição do consumo de oxigênio por ação hormonal e dos processos de que resultaria a falta de acuidade na translação genética. O segundo grupo incluiria estudos sobre alterações do DNA e falência do sistema de controle do organismo.

Com o avanço da gerontologia , novas teorias de envelhecimento serão formuladas, confirmando ou desafiando as teorias ora existentes.

2.2- Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento:

É preciso distinguir as alterações “predominantes da idade” (aquelas mais comuns em idosos, porém que não ocorrem em todos que envelhecem, como por exemplo a queixa de boca seca, presença de hipertensão ou artrite, etc.), das alterações “ normativas da idade” (aquelas que afetam todos que envelhecem, de

forma progressiva e irreversível, como por exemplo: o declínio da capacidade cardíaca máxima, redução do volume respiratório máximo, etc.). Esta distinção é essencial pois as alterações “ normativas da idade “ constituem mudanças importantes nas funções fisiológicas do paciente. As características popularmente associadas com o envelhecimento são de fato, devidas às doenças e não à idade.

As pessoas idosas experimentam o fenômeno da HOMEOSTENOSE, também descrito como a perda das reservas fisiológicas. Isto significa que os idosos, acometidos por doenças agudas, traumas, ou aumento da temperatura externa, são menos capazes de manter a fisiologia interna do que pessoas mais jovens. A perda de capacidade de alguns sistemas orgânicos, tal como o declínio da função respiratória, explica algumas destas falhas na reserva fisiológica. Além disso, alterações na capacidade de mediação da resposta homeostática pelo sistema nervoso autômato, também contribuem para a perda de reservas. O sistema nervoso autômato influencia uma variedade de funções homeostáticas, incluindo a manutenção da pressão sangüínea e a sensibilidade dos pressoreceptores. O declínio das funções dos pressoreceptores causa prejuízo no reflexo postural, tornando a população idosa suscetível à hipotensão postural. No paciente idoso pequenas falhas de pressão sangüínea podem resultar em vertigens, síncope, quedas e debilidade.

Com o passar dos anos o sistema cardiovascular se torna menos adaptativo . A pressão sangüínea de repouso em indivíduos sadios aumenta com a idade. O aumento do diâmetro e da espessura das grandes artérias associados a um aumento da rigidez das paredes arteriais contribuem para o aumento da pressão sangüínea. A pressão arterial com o aumento da idade deve ficar dentro de valores

aceitáveis – menores 160/95 mmHg. Em geral o sistema cardiovascular da população geriátrica é mais propenso ao desenvolvimento de isquemia, arritmias e deficiências, especialmente na presença de doenças de fundo.

O coração normal do idosos é caracterizado por uma redução gradual e progressiva da capacidade de adaptação ao esforço físico. O pico de performance do coração adulto normal é reduzido em 40%. Esta queda no rendimento cardíaco é devida principalmente a uma queda no metabolismo basal.

Alterações fisiológicas inevitáveis perturbam a função do controle reflexo necessário para o sistema cardiovascular. Os idosos necessitam de mais tempo para se ajustarem às tensões fisiológicas, e suas respostas cardiovasculares são menos previsíveis. A fadiga física, a exaustão psiquiátrica e os estados depressivos estão associados a esta instabilidade vasomotora.

A regulação metabólica do fluxo sanguíneo periférico parece ser menos eficiente nas pessoas idosas do que nos jovens. Nos idosos, as respostas do fluxo muscular são menos marcadas, devido a uma modificação imposta ao tônus muscular e à elasticidade das paredes venosas.

Existe uma redução global na elasticidade dos pulmões. Mesmo na ausência de doença, haverá uma redução progressiva da função pulmonar. A quantidade de oxigênio que o sangue retira dos pulmões e transporta para os tecidos durante os exercícios, cai bastante com a idade. Este declínio na absorção de oxigênio reflete, em parte, a redução do rendimento cardíaco, já que uma menor quantidade de sangue circula através dos pulmões de um idoso, em dado intervalo de tempo.

O sistema gastrointestinal sofre efeitos relacionados à idade, principalmente na fase esofagiana da deglutição. Leve aspirações associadas a uma rápida deglutição são resultantes da frouxidão de ligamentos da laringe.

O fluxo sangüíneo e a massa hepática diminuem com a idade, provocando o declínio de toda a capacidade metabólica do fígado. Com o avanço da idade, a fase I do metabolismo (oxidação, redução e hidrólise) sofre maior declínio , que a fase II do metabolismo (conjugação). As alterações hepáticas são variadas e podem sofrer maior influência de fatores tais como: tabaco, álcool, cafeína, uso de medicações do que a influência da idade propriamente dita.

Entre os 30 e 80 anos a massa renal diminui de 25 a 30% principalmente na região do córtex, porém esta perda de massa pouco influencia o desempenho renal. A diminuição do fluxo sangüíneo renal ocorre comumente em pessoas idosas, numa taxa de 10% por década, depois dos 40 anos. Ocorrem também significativas mudanças na homeostasia da água. Pessoas idosas apresentam uma menor reserva de água quando comparadas a pessoas mais jovens. Ocorre uma diminuição de aproximadamente 8% da água intracelular, porém a água extracelular e o volume plasmático permanecem constantes. A habilidade de concentração urinária está diminuída assim como a conservação do sódio renal , elevando o risco de desidratação. Ocorre ainda uma diminuição da sensação de sede, com maior predisposição do idoso à desidratação.

A perda óssea relacionada à idade é muito comum e reflete um desequilíbrio entre a reabsorção óssea pelos osteoclastos e a formação óssea pelos osteoblastos. A osteopenia, ou diminuição da densidade óssea, é causada pela diminuição da

massa óssea associada à deterioração da microarquitetura do tecido ósseo e aumento da sua fragilidade ou, menos comumente, pela redução do conteúdo mineral do próprio tecido ósseo (osteomalácia). A osteoporose é definida pela perda da massa e densidade óssea.

Com o envelhecimento, ocorre uma perda do poder muscular, em parte resultante da redução das células musculares, que, em condições normais, não são substituídas. Há uma diminuição no tamanho das unidades motoras musculares, devido à degeneração desordenada das placas motoras que conduz à perda das fibras musculares associadas e à sua substituição por gordura intramuscular.

Os contornos das articulações podem se alterar nas pessoas mais idosas, sem que ocorra ruptura patológica da cartilagem articular. Esta remodelação das extremidades articulares é essencialmente um processo ósseo e não cartilaginoso, e raramente produz grande limitação de movimentos.

O fluxo sanguíneo cerebral e o peso do cérebro diminuem no envelhecimento. As perdas de neurônios, relacionadas à idade, atingem mais certas áreas do que outras. Em geral, a densidade das conexões de dendritos diminui entre os neurônios remanescentes. Também ocorre uma redução de neurotransmissores, porém, a despeito da perda de neurônios, a função cognitiva continua bem preservada, na ausência de demência. Pode haver redução de certas capacidades neuro - psicológicas, como a dificuldade momentânea de se encontrar uma palavra desejada (fenômeno “na ponta da língua”). A fala pode estar mais lenta; pode ocorrer um aumento do tempo da resposta motor e pode haver uma diminuição do desempenho intelectual. Com o aumento da idade há uma redução da memória

recente, o quê pode gerar confusão mental. A população idosa também está propensa à depressão devido à combinação de fatores psicológicos e sociais.

O sistema imunológico se torna menos competente com o avanço da idade, devido à diminuição da atividade das células T, aumentando a suscetibilidade a doenças bacterianas ou virais, contudo o grau de deficiência não é tão severo a ponto de causar infecções oportunistas.

As diminuições de acuidade da visão e da audição relacionadas à idade são devidas às alterações morfológicas.

Estruturalmente, na faixa etária mais idosa, a lente do olho se torna mais opaca e menos elástica e sua associação com a redução de atividade dos músculos ciliares conduz a alterações na acomodação, e um aumento na frequência da “visibilidade à distância”. O olho se torna menos sensível e ocorre alguma perda de acuidade visual.

Certo grau de perda de audição parece fazer parte do processo primário da idade e comumente se deve a uma deficiência tanto na condução óssea quanto do ar, associada a uma degeneração das células sensoriais no ouvido interno.

A pele torna-se enrugada e seca devido à perda da gordura subcutânea, à perda da elasticidade e a uma redução de água. As manchas brancas são causadas pela redução no número de melanócitos. A densidade dos folículos pilosos diminui progressivamente.

A capacidade de compensação destas perdas orgânicas é diferente entre os indivíduos, podendo resultar em mudanças funcionais substanciais ou imperceptíveis.

Alterações associadas com o envelhecimento ocorrem em todos os sistemas do corpo e algumas podem influenciar a saúde bucal e o tratamento odontológico, embora a inter-relação destas alterações com as funções bucais essenciais ainda não tenha sido totalmente explicada.

(BARROWCLOUGH; PINEL³, 1981 ; SHAY⁷⁰, 1994 ; AMERICAN ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEONS¹, 1995; BERG & MORGENSTERN⁵, 1997; BONELLI⁸, 2000).

2.3- Alterações bucais relacionadas ao processo de envelhecimento:

A fisiologia bucal é responsável pela alimentação (mastigação e deglutição); pela fala; pela proteção da pessoa contra substâncias tóxicas. A preservação da saúde bucal manterá as funções quimiosensitivas e a saúde nutricional, contribuindo significativamente para a qualidade de vida das pessoas⁷¹.

Com a idade, alguns dos tecidos e funções bucais podem sofrer algumas alterações:

Para KLEIN⁴⁰, 1980, a varicosidade da face ventral da língua é uma alteração bastante comum do envelhecimento, afetando 50% da população acima dos 65 anos.

BRADLEY ¹¹, 1988 , lembrou que o paladar desempenha importante papel na escolha da alimentação a ser ingerida, sendo bastante comum, entre os idosos, a sensação de que houve modificação do gosto dos alimentos. Acreditava-se que a perda da sensação do paladar era resultante de uma diminuição do número de botões gustativos, provocada pela idade. Estudos posteriores ⁵⁴ indicaram que o número de botões gustativos se mantém relativamente constante durante todo período de vida de ratos, macacos e humanos. Pesquisas neuro-fisiológicas do nervo corda do tímpano (que faz a inervação dos botões gustativos nas papilas fungiformes), demonstraram pequena mas significativa diferença no tamanho da resposta a algumas substâncias químicas colocadas sobre a língua de ratos idosos. Concluiu-se que existe pequena mudança na resposta neurofisiológica do paladar em mamíferos idosos. Baseado nessas observações, o autor concluiu que o paladar é pouco afetado pela idade, e que toda aparente modificação no gosto dos alimentos pode ser provocada pela influência da idade sobre outros sistemas sensoriais, principalmente o olfato .

Para SCHIFFMAN ⁶⁷, 1991, o envelhecimento reduz a capacidade de discernimento de diferenças na intensidade entre várias concentrações de sal, açúcar e dos sabores amargos e azedos. Testes para avaliação dos limiares de detecção e de reconhecimento de concentrações dos quatro sabores básicos, demonstraram aumentos em relação a grupos etários mais jovens. Os limiares de detecção do olfato estavam de 2 a 15 vezes mais altos nos idosos do que em indivíduos mais jovens. A autora relatou uma perda significativa na sensibilidade do paladar e do olfato, a partir dos 60 anos , e um perda severa em pessoas com mais de 70 anos. As alterações do paladar e do olfato são normalmente classificadas em :

ageusia (ausência de paladar), hipogeusia (diminuição da sensibilidade do paladar); disgeusia (distorção do paladar); anosmia (ausência do olfato), hiposmia (diminuição da sensibilidade do olfato); disosmia (distorção do olfato).

WOLFF, et al.⁸⁴, 1992, avaliaram o estado da mucosa bucal de 182 pessoas saudáveis. Os indivíduos examinados tinham idades que variaram de 20 a 95 anos. Noventa e quatro eram do gênero masculino e 88 eram mulheres. Vinte e oito pessoas (15%), do total examinado , relataram ser fumantes e 18% relataram o uso diário de álcool. Todas as pessoas foram entrevistadas (sobre as histórias médica e bucal, sobre o uso de drogas ou medicamentos, sobre a higiene bucal e sobre queixas bucais) e examinadas (exame físico extrabucal e intrabucal). Só foram anotadas mudanças clínicas patentes de superfície da mucosa bucal. Não foram realizados exames microscópicos ou citológicos. Os autores não encontraram qualquer alteração, nos critérios avaliados, por causa do avanço da idade. Os resultados deste estudo sugerem que o processo de envelhecimento sozinho não leva à alterações na aparência da mucosa bucal.

FIGUEIREDO et al.²⁸, 1993, apresentaram algumas alterações fisiológicas da cavidade bucal do idosos, não citadas por outros autores. São elas:

- A atrofia das papilas filiformes da língua conferindo-lhe uma aparência mais lisa. Deve-se excluir quadros de avitaminoses, anemias, diabetes, que se manifestam por uma atrofia das papilas filiformes e fungiformes da língua, bem como queixa de desconforto local.
- Hipertrofia das papilas foliáceas em decorrência da hipertrofia do tecido linfóide que compõe estas estruturas anatômicas.

- Aumento da quantidade dos Grânulos de Fordyce, glândulas sebáceas ectópicas.

CLYDESDALE ¹⁸, 1994, estudou a influência da cor dos alimentos para a percepção de seus respectivos sabores . Constatou que, na população idosa, um aumento da cor dos alimentos causou um aumento da percepção da intensidade do sabor. Tal aumento não foi percebido no sabor da bebida, sem o correspondente aumento de sua cor . O estudo mostrou que a população idosa depende fortemente de uma sugestão visual para a determinação das características de um alimento. Desse modo, alterações de sensibilidade no paladar poderão ser compensadas pela intensificação das cores e dos sabores em alimentos adequados à população idosa.

A percepção do sabor e do odor dos alimentos é fundamental para a seleção dos alimentos ingeridos e para a manutenção da vida. Alterações na sensibilidade do paladar podem trazer sérios riscos para saúde sistêmica e bucal , com profundos efeitos na qualidade de vida. Além disso, como o paladar e o olfato promovem os primeiros estímulos favoráveis para a alimentação, a diminuição destes estímulos pode levar a desequilíbrios nutricionais.

SHIP et al., 1996 ⁷¹, lembraram que a incapacidade de perceber ou distinguir diferentes concentrações de açúcar pode dificultar o controle de sua ingestão pelo idoso diabético; ou do sal para o idoso hipertenso que mantém uma dieta de baixa concentração salina. Estes autores lembraram que, além do envelhecimento, problemas médicos e seus respectivos tratamentos também influenciam na percepção do paladar e do olfato. Danos nos nervos periféricos e no sistema

nervoso central podem modificar a sensibilidade do paladar e do olfato, assim como doenças hepáticas, renais, endócrinas, deficiências nutricionais e infecções. O mesmo resultado pode ocorrer por causas bucais, tais como: infecções, lesões, hipofunção das glândulas salivares e por manifestações bucais de doenças sistêmicas. Lembraram ainda que súbitas perdas do olfato podem ser causadas por tumores cerebrais.

GRIEP et al.³², 1996, estudaram a associação de uma fraca identificação de odores dos alimentos, com o padrão dentário, e com o gênero e idade das pessoas tendo constatado uma menor percepção de odores entre os homens idosos portadores de próteses parciais, especialmente aqueles que apresentaram precária higiene bucal. Explicaram que o processo de fermentação dentro da boca produz odores que agem na área retro nasal, mascarando os odores normais dos alimentos, por ação direta ou pela adaptação cruzada dos receptores do olfato, resultando em pobre percepção olfativa. Relataram um aumento na percepção do paladar de idosos que passaram a escovar a língua e a melhorar sua higiene bucal.

BERG & MORGENSTERN⁵, 1997, revisaram as principais alterações nos tecidos e funções bucais, relacionadas à idade:

- Dentes- sofrem alterações na sua aparência e estrutura.

As mudanças de cor e aparência se devem às alterações na espessura e na composição da dentina; abrasão e perda da translucidez do esmalte.

A contínua produção de dentina, resulta em diminuição da câmara e condutos pulpares. O número de vasos sanguíneos que chega no dente diminui com a idade, assim como a concentração celular. A capacidade do tecido pulpar em responder a

traumas também fica diminuída. A espessura da camada de cimento que recobre a raiz é triplicada, deixando os cementocitos a uma grande distância dos nutrientes e fluidos essenciais.

- Periodonto- O cimento, o ligamento periodontal e o osso alveolar compõem o peridonto de sustentação. No envelhecimento há uma diminuição do conteúdo fibroso do ligamento periodontal e ocorrem alterações histológicas no tecido gengival, que não produzem decréscimos clínicos significantes.

As alterações periodontais destrutivas não são mais consideradas achados fisiológicos do envelhecimento e sim mudanças patológicas. O envelhecimento representa um risco a mais na doença periodontal.

-Mastigação- A mastigação é um processo biomecânico complexo cuja efetividade pode ser afetada pelo aumento da idade.

- Deglutição- O processo de deglutição tem duas fases : uma bucal outra faringea . Mudanças neuromusculares, associadas ao envelhecimento, poderiam afetar uma ou ambas as fases da deglutição. Apesar das alterações funcionais notadas em alguns componentes individuais do processo de deglutição, parece não haver alteração de significado clínico na capacidade de deglutição dos idosos.

- Hidratação- A manutenção da hidratação da boca pela saliva é um dos mais importantes processos da fisiologia bucal. A saliva desempenha os seguintes papéis: lubrificação e proteção dos tecidos bucais; preparação da comida para a mastigação e deglutição; iniciação da digestão; facilitação do paladar e preservação do equilíbrio da microbiota bucal. A ausência de saliva levaria a uma rápida degradação dos tecidos duros e moles da cavidade bucal. Adultos idosos saudáveis e que não fazem uso de medicações não apresentam alterações no volume de saliva com o passar dos anos.

- Paladar- O paladar não sofre grandes modificações com a idade. O número de botões gustativos não diminui com o avanço da idade. A função do paladar está relacionada ao olfato e à capacidade cognitiva.

- Olfato- A percepção dos odores é um processo complexo o qual depende não somente de receptores químico-sensitivos no nariz, mas também de fatores cognitivos . Alterações na sensibilidade olfativa nos idosos podem também ser decorrentes de estado nutricional deficiente, assim como de dificuldades cognitivas.

ETTINGER ²⁵, 1997, salientou que as mudanças da mucosa bucal observadas na 3ª idade estariam mais relacionadas a expressões bucais de doenças sistêmicas, nutrição deficiente, efeitos farmacológicos colaterais, infecções bucais e injúrias traumáticas; do que com a idade propriamente dita. A perda dentária e o uso de dentaduras são os fatores mais comumente associados com mudanças na mucosa bucal de pessoas idosas. Algumas destas mudanças induzidas incluem alterações inflamatórias da mucosa como as estomatites por dentadura, difusa e granular ; lesões hiperplásicas e eritematosas.

OW et al. ⁵⁷, 1997, evidenciaram que as mudanças fisiológicas e sensoriais do envelhecimento podem envolver vários sistemas e funções, as quais podem direta ou indiretamente interferir com a função mastigatória. As principais mudanças fisiológicas, associadas ao envelhecimento, que poderiam interferir com a função mastigatória, seriam: a perda da acuidade visual e da audição, perda do olfato, habilidade seletiva do paladar (redução da sensibilidade do paladar), redução do senso espacial (orientação espacial da posição da mandíbula), redução da função cognitiva que envolve uma diminuição da memória secundária e dificuldade

para o aprendizado de novas habilidades (por exemplo: controle neuromuscular de uma prótese total de mandíbula).

WERNER et al.⁸³, 1998, lembraram que a perda da translucidez e dos detalhes das superfícies dentárias (linhas de Retzius) são mudanças comuns durante o envelhecimento. As pessoas idosas possuiriam maior risco de cárie secundária, pela dificuldade de higienização bucal e também por motivos iatrogênicos com restaurações, apresentando excesso de material. Relataram perda de 20 a 30% do componente acinar das glândulas salivares, porém ainda restam dúvidas se esta mudança morfológica é acompanhada de mudança funcional. No que se refere à articulação temporomandibular (ATM), seus vários componentes sofreriam alterações degenerativas com o avanço da idade, mas disfunções incapacitantes da ATM, não estariam associadas ao processo de envelhecimento.

Para SHIP⁷², 1999 o processo de envelhecimento é associado a muitas mudanças fisiológicas na cavidade bucal, entretanto muitas destas mudanças são mais diretamente ligadas a problemas sistêmicos e a seus respectivos tratamentos do que à simples passagem do tempo. Lembraram que cáries de raiz causadas por recessão gengival são muito mais prevalentes entre os idosos. O risco de doenças periodontais está aumentado em idosos devido a vários fatores bucais e sistêmicos; entretanto, a perda do suporte periodontal parece ser um fenômeno independente da idade. A eficiência mastigatória está relativamente intacta nos idosos que possuem a maioria de seus dentes naturais. É a perda de dentes e a subsequente substituição com próteses removíveis que promovem uma diminuição do desempenho da mastigação.

A secreção salivar é relativamente independente da idade, motivo pelo qual pessoas idosas saudáveis têm uma produção salivar semelhante àquela de um adulto jovem. Os padrões de deglutição e da fonação não mostram grandes alterações nas pessoas idosas saudáveis.

CORMACK ¹⁹, 2000, em uma revisão atual sobre a saúde bucal do idoso, lembrou que os dentes diferem-se dos demais componentes calcificados do esqueleto por sua interação com o meio externo e pela ausência de intercâmbio químico ativo. Citou algumas adaptações dentárias fisiológicas, tais como : o desvio mesial dos dentes, provocado pelas forças de oclusão; as alterações de cor ; um certo grau de atrição, provocado pela mastigação ou por hábitos viciosos; mineralização dos canalículos dentinários por calcificação progressiva, com conseqüente redução na permeabilidade e aumento no limiar de sensibilidade à dor; redução da câmara pulpar, devido à contínua deposição de dentina secundária.

2.4- Doenças mais freqüentes e principais medicações utilizadas pela população idosa :

As alterações fisiológicas do envelhecimento tendem a se transformar em doenças crônicas. Por doenças crônicas entende-se qualquer condição que dure mais de 3 meses. Estas doenças afetam a maioria da população idosa e normalmente requerem terapia com uma ou mais drogas .

NELSON et al. ⁵¹, 1987, encontraram uma alta percentagem (73%) de pacientes idosos com medicação prescrita. O resultado foi maior para as mulheres

(80%) do que para os homens (64%). Concluíram que os idosos recebem 60% mais drogas *per capita* do que a população em geral. Estimaram que 60% dos idosos que tomavam drogas prescritas, erravam no uso da medicação; além disso muitos destes pacientes utilizavam também drogas não prescritas, sem informar isso a seus médicos. As drogas mais utilizadas pelas pessoas que participaram desta avaliação foram: Antihipertensivos, incluindo os diuréticos, (18%); drogas para problemas reumáticos (artrite, gota, outras doenças articulares), incluindo os antiinflamatórios, (11%); drogas para doenças cardíacas (10%); drogas para distúrbios emocionais (10%); drogas para asma ou outras doenças respiratórias (4%).

HAAS et al.³⁴, 1991 comentaram que os dentistas deveriam conhecer as características próprias do paciente idoso, principalmente sua predisposição para respostas adversas ou exageradas a drogas. Estes autores revisaram os principais fatores que devem ser considerados para a terapia farmacológica em idosos. São eles: O processo de envelhecimento, no qual são esperadas modificações fisiológicas; efeitos farmacocinéticos (aumento da duração e concentração das drogas); efeitos farmacodinâmicos (aumento da sensibilidade às drogas do sistema nervoso central); sobreposição de doenças; o uso de múltiplas drogas (aumento da chance de efeitos adversos) e interações de drogas (aumento da probabilidade de sua ocorrência).

As principais mudanças na farmacocinética ocorrem na:

absorção - pode estar afetada por alterações na função gastrointestinal (aumento do PH gástrico; diminuição da drenagem gástrica e redução da motilidade do intestino);

distribuição – no envelhecimento ocorre um aumento do tecido adiposo (36% nos homens e 48% nas mulheres). A consequência desta alteração é um aumento na distribuição de drogas solúveis em lipídios (por ex. os benzodiazepínicos), fazendo com que estas drogas permaneçam mais tempo no corpo, potencializando seus efeitos. A meia vida do diazepam é igual , em número de horas, à idade do paciente em anos.

O aumento do tecido adiposo também significa relativa diminuição da água total do corpo. Isto resulta no aumento da concentração de drogas que são solúveis em água ;

Biotransformação ou metabolismo – o metabolismo de drogas não sofre alterações na pessoa idosa. Resulta de alterações no fígado (deterioração das enzimas da fase I do metabolismo), que podem causar um aumento potencial da duração de drogas cuja biotransformação estiver reduzida;

Excreção- diferenças na eliminação de drogas são resultantes de disfunções do rim. O declínio das funções renais é o mais importante fator que predispõe o idoso a reações adversas.

Baseados nestes fatores, os autores recomendaram um guia a ser seguido na terapia farmacológica para idosos : diminuição no número de drogas prescritas (para menor probabilidade de reações adversas e de interações); diminuição da dose inicial (para evitar o efeito exagerado da droga); considerar a possibilidade de diminuição da frequência de administração (devido ao aumento na duração das droga); monitoramento do paciente (observação se a dose e a frequência da droga prescrita estão corretas); revisão das drogas sistêmicas usadas pelo paciente (medicações para doenças sistêmicas podem interagir com drogas prescritas na

odontologia); observação dos efeitos colaterais das medicações sistêmicas sobre os tecidos bucais (xerostomia , estomatites, etc.).

MILLER et al.⁴⁷, 1992, avaliaram 5 002 pacientes odontológicos adultos, para encontrar e definir a prevalência e o padrão do uso de drogas.

Dos pacientes examinados, 2 116 (42,3%) relataram fazer uso de medicações. As mulheres tomavam mais medicamentos que os homens (50,6% vs.31,8%). De fato, 68,9% de todas as 3 418 drogas relacionadas pelos entrevistados eram consumidas pelas mulheres. As drogas para o controle de doenças cardiovasculares foram as encontradas com maior frequência (23,1%).

Eles observaram que o uso de drogas aumenta significativamente com o avanço da idade, e que um número significativo de pessoas usam drogas com potenciais efeitos bucais adversos. Os autores recomendam que os dentistas devem:

- Estar informados a respeito da história médica de cada paciente,
- Conhecer os efeitos colaterais bucais da medicação usada por seu paciente,
- Conhecer as potenciais interações adversas que estas medicações podem ter com as drogas administradas com propósitos odontológicos,
- Modificar o tratamento odontológico quando for necessário.

SOON⁷⁷, 1992 estudou os efeitos da terapia medicamentosa sobre a saúde bucal de idosos e relatou que 70% dos indivíduos analisados tomavam uma ou mais drogas; que 30% das drogas prescritas para a população idosa eram usadas de maneira inadequada; que 60% dos pacientes examinados não conseguiram

identificar o medicamento que usavam; que 40% dos pacientes tomavam drogas prescritas por dois ou mais médicos; que 12% tomavam outras drogas não prescritas; que, de 3 a 30% das admissões hospitalares ocorreram pelo uso incorreto de drogas.

A autora ressaltou que os indivíduos apresentarão respostas diferentes (cada um com a sua) ao uso de determinada droga, em razão de múltiplos fatores tais como: idade, peso, gênero, hereditariedade e saúde geral. Os efeitos colaterais das drogas sendo previsíveis, podem ser evitados e representam 70 – 80% das reações a drogas; já as reações adversas sendo imprevisíveis, não podem ser evitadas e representam 20-30% das reações a drogas.

Neste estudo a autora constatou que os principais grupos de drogas prescritas para idosos foram : analgésicos; inaladores para asma; drogas antiácidas; hipnóticos; diuréticos; digitálicos; antihipertensivos; suplementos de potássio, hipoglicêmicos orais e hormônios tireoidianos. As reações adversas a drogas que mais afetaram a saúde bucal foram :

- xerostomia, que foi então associada a uma redução do paladar, dificuldades de mastigação e deglutição, sensação de queimação na boca, aumento da susceptibilidade à cárie e à doença periodontal, queilite angular, candidíase, úlceras bucais, problemas de retenção de próteses totais.
- Mudanças na sensação do paladar e olfato associadas ao: consumo excessivo de sal e açúcar e ao gosto metálico de alguns alimentos.
- Anorexia: a má nutrição é um problema comum na velhice, principalmente em pessoas institucionalizadas. Deficiências vitamínicas podem causar atrofia lingual, glossite, queilites, e hemorragias gengivais. Níveis tóxicos de digitálicos podem levar à náuseas, vômitos e anorexia.

- Candidíase: Pseudomembranosa, candidíase aguda eritematosa , candidíase hiperplásica e candidíase crônica eritematosa –“estomatite de dentadura”.
- Gengivite: causada por anticonvulsivantes
- Disfagia, dificuldade de deglutição, relacionada à medicação com antipsicóticos, relacionada à idade, à doença de Parkinson, à demência e às drogas, que levam a xerostomia .
- Injúrias esofagianas induzidas por drogas relacionadas aos sintomas de dificuldades de deglutição e dor no peito retroesternal

Para PARK; KINNEY; STEFFENSEN⁵⁸, 1992, a cárie dentária constitui um risco também para os adultos . A cárie secundária em dentes previamente restaurados, é um problema comum em adultos idosos. A cárie de raiz associada à recessão gengival é uma preocupação comum para os idosos . A cárie dentária associada à xerostomia é um problema freqüente: (1) em adultos que fazem uso de vários medicamentos; (2) em pacientes sob quimioterapia ou radioterapia para câncer de cabeça ou pescoço; (3) em pessoas com a síndrome de Sjögren e (4) em pessoas com bulimia. Os pesquisadores relataram que 50% dos adultos americanos apresentam alguma forma de gengivite e 80% dos adultos mostraram algum grau de periodontite, sendo maior a prevalência da periodontite moderada e da periodontite avançada nas faixas etárias mais velhas do que nos adultos de meia idade.

LEWIS et al.⁴³, 1993, revisaram o uso, pela população idosa, de medicações com potenciais reações adversas e encontraram as seguintes associações:

- xerostomia com o uso de : psicotrópicos, antihistamínicos, antiParkinsonianos, anticolinérgicos (atropina), antihipertensivos, beta bloqueadores, anticonvulsivantes, antineoplásicos, simpatomiméticos, antieméticos, broncodilatadores
- Hemostasia anormal com o uso de : antiinflamatórios não hormonais, aspirina,
- Reações de tecido mole (lesões liquenóides, eritema multiforme, ulcerações, lesões vesículo-bolhosas, lúpus eritematoso, erupções cutâneas) com o uso de: penicilina, antiinflamatórios não hormonais; sulfas, beta bloqueadores.
- Alterações da resistência do hospedeiro com o uso de: esteróides sistêmicos e inalados, antibióticos de longa duração
- Desordens dos movimentos com o uso de: antipsicóticos, lítium
- Hiperplasia gengival com o uso de: anticonvulsivantes, alguns antibióticos (ciclosporina), nifedipina
- Alterações no paladar com o uso de: antibióticos , antihipertensivos, beta bloqueadores, antifúngicos, sulfas, anticonvulsivantes.

SHAID ⁶⁹, 1993, relatou que 8 milhões de americanos (3,3% da população) apresentavam a queixa de “boca seca”. A xerostomia é a maior queixa bucal de problemas relacionados ao envelhecimento. As etiologias mais comuns da xerostomia são: o uso de medicamentos xerostômicos, a síndrome de Sjögren, a radioterapia, e as doenças primárias de glândulas salivares (sialoadenites, sialolitíases). Entre outras causas de xerostomia se incluem as disfunções hormonais, as alergias, a desidratação, a respiração bucal, a diabetes mellitus, a menopausa, as infecções respiratórias e a deficiência de vitamina A. A autora lembrou que pacientes com xerostomia são mais predispostos a outras doenças tais

como: cáries, aftas, indigestão, infecções sistêmicas, etc.. A diminuição ou ausência da produção de saliva pode provocar outros problemas para o paciente como: a dificuldade de deglutição (disfagia); problemas de sono, pelo desconforto; infecções bucais, pois há falta de saliva para diluição das bactérias; problemas de retenção de próteses totais; problemas de mastigação e de fonação.

NÄRHI⁴⁹, 1994, avaliou a prevalência da sensação de “boca seca” entre 158 idosos. Neste estudo, 46% dos indivíduos se queixavam de xerostomia destes 71% de mulheres e 29% de homens. As queixas bucais mais freqüentes entre esses indivíduos eram: falta de saliva para a conversação (14%), redução do paladar (13%) e dificuldades para a ingestão de alimentos secos (11%). O autor associou a diminuição das taxas de fluxo salivar à respiração bucal e ao uso de medicações sistêmicas, como os diuréticos, as drogas para o controle de desordens cardiovasculares e as drogas para doenças respiratórias . Recomendou o uso de substitutos da saliva, especialmente aqueles com mucina, para o tratamento de pacientes com ausência total de produção de saliva.

KILMARTIN³⁷, 1994, relatou que 85% da população idosa americana apresentavam pelo menos uma doença crônica. As doenças mais comumente encontradas nesta faixa etária foram : artrite (em 38% dos pacientes com idades a partir de 65 anos), desordens cardiovasculares (em 60% dos pacientes com idades a partir dos 60 anos, sendo a maior causa de morte na 3ª idade) e diabetes (17,7% em pacientes com idades de 65 a 74 anos). Outras condições médicas também encontradas com freqüência foram : as neoplasias malignas (segunda maior causa de morte da população idosa com menos de 85 anos, na faixa etária maior que 85

anos a segunda maior causa de morte foram as doenças cerebrovasculares); e as doenças degenerativas do sistema nervoso , sendo o Mal de Alzheimer a desordem mais freqüente (50 a 70% dos casos de demência). A autora lembra que, além de uma terapia com múltiplas drogas, para controle de doenças, muitos idosos podem ainda fazer uso do álcool. Estimou-se que a taxa de alcoolismo em idosos variaria de 1% a 10%. Estes idosos etilistas tendem a ser especialmente sensíveis a agentes farmacológicos.

Em um estudo para avaliação da saúde bucal de cinquenta e um pacientes geriátricos masculinos de uma instituição para idosos, PAUNOVICH ⁵⁹, 1994, constatou que, a idade média dos pacientes foi de 74,6 e a média de problemas sistêmicos por paciente foi de 7,3. Os problemas médicos mais freqüentes foram: complicações cardíacas, tais como hipertensão, problemas vasculares, arritmias, insuficiência cardíaca congestiva (83%); 47% dos pacientes examinados eram tratados de complicações relacionadas com doenças cerebrovasculares; 22% apresentavam diabetes mellitus; 22% apresentavam demência (16% destes eram incapazes de compreender ou de se comunicar com os examinadores); 20% apresentavam problemas visuais; 18% apresentavam alterações degenerativas de articulações e 14% apresentavam carcinomas.

SCHIFFMAN ⁶⁸, 1994, identificou as condições médicas e as drogas que podem causar mudanças nos sentidos do paladar e do olfato. As principais condições médicas, encontradas em idosos e que , comumente afetam o paladar são: a insuficiência renal crônica, as doenças do fígado (cirrose, deficiências de

niacina, e zinco), a diabetes mellitus, o câncer, a síndrome de Sjögren e a hipertensão.

Nos idosos o olfato , pode ser afetado: pela doença de Parkinson, pela insuficiência renal crônica, pela cirrose hepática, pela diabetes mellitus, pela asma bronquica e pela síndrome de Sjögren.

As drogas que podem causar alterações no paladar são: alguns anticoagulantes, diuréticos e anti hipertensivos, drogas hipoglicêmicas e vaso dilatadores.

O olfato pode sofrer alterações também, com o uso de : agentes antihipertensivos, antidepressivos, calmantes e com radioterapia.

Segundo a AMERICAN ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEONS ¹, 1995, as principais doenças associadas ao processo de envelhecimento e que exigem terapia medicamentosa próprias são as doenças cardiovasculares, a diabetes, a doença de Alzheimer/demência, a osteoporose e a artrite .

A meia vida da maioria das drogas é aumentada nos idosos. O metabolismo de drogas é mais lento, em razão de uma diminuição da atividade enzimática do fígado, e a excreção é mais prolongada, devido a uma redução da filtração renal. Assim, a duração da ação da droga também pode estar prolongada . Estes são os principais fatores que contribuem para aumentar os riscos de reações adversas e interações entre drogas na população idosa. As drogas mais prescritas para pacientes com idades a partir dos 65 anos são aquelas para doenças cardiovasculares, as quais podem provocar efeitos de impacto sobre a saúde bucal: diuréticos, que podem causar xerostomia e predispor à sialoadentites; drogas

utilizadas para o tratamento dos sintomas de angina, que também podem causar xerostomia; os anticoagulantes para tratamento de pacientes de risco de embolia pulmonar, que contraindicam um procedimento odontológico invasivo.

Doenças pulmonares crônicas normalmente são controladas com medicamentos que têm sido associados à Síndrome de Stevens-Johnson, e a sede é o sintoma de níveis tóxicos da medicação.

GRINSPAN et al.³³, 1995, avaliaram quinhentos pacientes com queixa de estomatodinia (“síndrome da boca ardente”). Constataram que a maioria das pessoas que apresentavam estomatodinia essencial (ausência de doenças locais ou sistêmicas que poderiam causar estomatodinia secundária), se referia principalmente a sintomas de calor, de dor e de sensação de ardência no ápice e nas bordas laterais da língua. Esta sensação também foi sentida nos lábios e, em grau menor, nas gengivas, na mucosa alveolar e no palato.

As mulheres constituíam a maioria dos queixosos (67,7%) e a faixa etária com maior ocorrência da estomatodinia era a dos 61–70 anos (39,9%) Todas as pacientes que apresentaram a alteração tinham também ansiedade e depressão. A sintomatologia foi atenuada com o uso de antidepressivos e ansiolíticos. Os autores concluíram que a estomatidinia essencial pode ser definida como um processo psicossomático que causa sintomas bucais por meses ou anos.

TAN; NELSON⁷⁹, 1996, identificaram a diabetes mellitus não insulina dependente, como a maior preocupação de médicos responsáveis por pessoas idosas. A diabetes mellitus não insulina dependente é considerada uma desordem heterogênea, caracterizada por um aumento da produção e uma menor utilização da

glicose, resultantes de reduções da secreção e da ação da insulina. Este tipo de diabetes representa 90% de todos os casos de diabetes diagnosticados nos Estados Unidos da América. Os principais efeitos colaterais do tratamento medicamentoso, deste tipo de diabetes mellitus, foram: hipoglicemia, anorexia, náuseas, desconforto abdominal e diarreias.

BILLINGS; PROSKIN; MOSS⁷, 1996, avaliaram 710 adultos com idades que variavam de 19 a 88 anos. Os autores utilizaram questionários padronizados sobre a saúde geral e bucal, nos quais estavam incluídas perguntas sobre a queixa de sintomas de xerostomia. Quantificaram as taxas de fluxos salivares estimulado e não estimulado. Observaram uma prevalência de xerostomia em 24% das mulheres e em 18 % dos homens, principalmente depois dos 50 anos de idade em ambos os gêneros. A xerostomia pôde ser associada : ao uso de medicações com efeitos colaterais de hipossalivação, à dificuldade de ingestão de alimentos secos, aos lábios e olhos ressecados, a dificuldades de deglutição e, entre os homens, ao uso de tabaco. Os resultados mostraram uma redução da taxa do fluxo salivar estimulado nos adultos mais idosos.

NAVAZESH; BRIGHTMAN; POGODA⁵⁰, 1996 , avaliaram a relação entre desordens sistêmicas, medicações e a taxa de fluxo salivar. Constataram que, para pessoas com desordens sistêmicas e que estavam tomando medicações, todas as taxas de fluxo salivar foram significativamente mais baixas que as taxas de fluxo salivar de pessoas saudáveis. Entre as pessoas, com pelo menos uma desordem sistêmica, que também tomavam medicações, aquelas que estavam medicadas por mais de dois anos tiveram as taxas de fluxo salivar total não estimulado e a taxa de

fluxo salivar estimulado por mastigação mais baixas que outras com medicações por menos de dois anos. Os resultados do estudo levaram os autores à conclusão de que a secreção salivar é afetada pelo número de doenças sistêmicas e a duração de uso de medicações xerostômicas.

CAPLAN; HUNT ¹⁵, 1996, investigaram a relação entre o fluxo salivar e a perda dentária em 818 pacientes idosos. Calcularam a taxa de fluxo salivar de cada paciente, colhendo 3 ml de saliva total por estimulação. Três anos mais tarde, reexaminaram 490 daqueles pacientes. Os pacientes que apresentaram uma menor taxa de fluxo salivar no segundo exame, foram os que perderam, pelo menos, um dente, durante os 3 anos de estudo. Os resultados encontrados evidenciaram que a taxa do fluxo salivar está relacionada à perda dentária nos idosos. Os autores aventaram duas hipóteses para esta relação:

- (1) menor fluxo salivar — cárie — perda dentária,
- (2) menor fluxo salivar — doença periodontal — perda dentária

SILVESTRE et al. ⁷⁴, 1996, ressaltaram que o idoso brasileiro não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais públicos. Há uma alta prevalência de problemas médicos facilmente identificáveis e remediáveis entre os idosos que não são observados pelo médico responsável. Em um trabalho realizado em Rio Grande – RS, verificou-se que muitas condições médicas de pacientes idosos, com alta taxa de prevalência, não eram registradas em prontuário médico. As condições médicas negligenciadas são consideradas os problemas típicos da terceira idade, os assim chamados “ Gigantes da Geriatria”:

- Incontinência urinária: 78,2% dos idosos com incontinência urinária não tiveram seu problema registrado no prontuário hospitalar. Somente 8% receberam algum tipo de cuidado (sonda urinária ou coletor de urina) e nenhum deles teve sua incontinência investigada.
- Instabilidade Postural e quedas: 18,8% dos pacientes relataram estes problemas e nenhum foi diagnosticado.
- Imobilidade: foi observada em 18,4% dos pacientes, mas menos da metade receberam tratamento apropriado.
- Demência: foi detectada em 5% dos pacientes sem qualquer diagnóstico.
- Delirium: foi detectado em 6,1% dos pacientes sem qualquer diagnóstico.
- Depressão: encontrou-se uma prevalência de 10,1% de Depressão Maior, mas apenas um paciente teve seu problema registrado, sem que tivesse recebido tratamento específico. Todos os idosos deprimidos estavam usando, pelo menos, um fármaco que comprovadamente precipita ou piora a depressão.

Os autores lembraram que a abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado é focada em uma queixa principal, existe ainda o hábito médico de tentar explicar todos os sintomas e sinais com uma única doença, que é comum no adulto jovem, mas rara nos idosos (75% dos idosos apresentaram, pelo menos, 3 problemas médicos concomitantes). Esta prática dificulta decisivamente a abordagem médica do paciente idoso.

CARLSON & KAMEN ¹⁶, 1997 selecionaram as principais doenças sistêmicas comuns nos idosos, seus respectivos tratamentos médicos e suas implicações no tratamento odontológico. Entre 200 doenças sistêmicas, foram selecionadas aquelas nas quais os aspectos dentais influenciaram

significativamente a qualidade de vida das pessoas envolvidas. São as doenças cerebrovasculares, doenças cardíacas, câncer, osteoporose e mal de Alzheimer. Estas condições são exemplos primários de co-morbidade – um conceito de avaliação geriátrica, na qual os fatores bucais podem exacerbar a doença e/ou desempenhar um importante papel na diminuição da desordem.

LaROCCA; JAHNIGEN ⁴², 1997, recomendaram o uso da entrevista direta como forma de obtenção da história médica de pacientes idosos. A maioria das pessoas idosas apresenta, pelo menos, uma doença crônica e faz uso médio de quatro medicações diárias. As doenças crônicas mais encontradas em pessoas idosas e que afetam o atendimento odontológico são :

- as doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, angina pectoris, arritmias, história recente de infarto do miocárdio), cujos eventos adversos devem ser previstos e prevenidos pelos dentistas,
- as doenças pulmonares (insuficiência respiratória, enfisema, asma),
- a artrite (osteoartrite, artrite reumatóide),
- as doenças renais (insuficiência renal, hemodiálise, transplante renal),
- a diabetes mellitus (afeta 9,3% dos adultos com idades a partir dos 65 anos), que causa um aumento na ocorrência de cáries, doenças periodontais e de doenças de mucosa bucal,
- as neoplasias malignas e sua respectiva terapia. Estima-se que 40% dos pacientes sob tratamento de neoplasias malignas sofrem de complicações bucais (a desnutrição resulta em diminuição da resistência à infecções, xerostomia, e nos casos de câncer bucal, a quimioterapia aumenta o risco de hemorragias durante procedimentos odontológicos),

- a tuberculose. A população idosa apresenta alta prevalência de tuberculose, motivo pelo qual os sinais e sintomas da doença ativa devem ser averiguados antes do início do tratamento odontológico,
- a demência (Mal de Alzheimer), que atinge 3% dos pacientes com idades entre 65 e 74 anos e 18,7% das pessoas com idades entre 75 e 84 anos.

Os autores recomendaram que no tratamento da maioria dos pacientes com estas doenças o dentista deve coordenar seu trabalho com o médico do paciente. Pacientes que não fizeram o controle médico de suas respectivas alterações sistêmicas nos últimos 2 anos, devem ser aconselhados a fazer uma avaliação médica , antes do início do atendimento odontológico.

PAUNOVICH; SADOWSKY; CARTER ⁶⁰, 1997 lembraram que a alta incidência de múltiplas doenças crônicas, tais como doenças cardiovasculares; diabetes, e artrite, e a probabilidade de múltipla terapia de drogas, aumentam dramaticamente as chances de reações adversas, efeitos colaterais e de interações de drogas. Mudanças, relacionadas à idade, no coração, no fígado e nos rins podem alterar a distribuição, o metabolismo e a excreção das drogas, predispondo o paciente idoso a efeitos tóxicos ou adversos.

As drogas, relacionadas à população idosa, normalmente encontradas pelos autores foram : diuréticos, suplementos de potássio e antihipertensivos (para controle de edema e hipertensão); vasodilatadores (para angina pectoris e insuficiência cardíaca congestiva); Beta bloqueadores (tratamento da hipertensão, angina pectoris e sintomas cardiovasculares da doença coronariana); digitálicos (tratamento de fibrilação atrial, e insuficiência cardíaca congestiva); anticoagulantes orais (para embolia pulmonar, isquemia cardíaca, doenças vasculares cerebrais e

válvulas protéticas); trombolíticos (usados na prevenção da recorrência de infarto do miocárdio, ataques tromboembólicos); antiinflamatórios não hormonais (tratamento de dores e inflamações associadas com doenças degenerativas das articulações); agentes ansiolíticos e sedativos (para ansiedade e insônia); antidepressivo (depressão); agentes hipoglicêmicos orais (controle da diabetes mellitus tipo II); levo tiroxina (T4) (tratamento de hipotireoidismo); estrógeno (reposição hormonal na menopausa).

Os principais efeitos colaterais bucais provocados pelo uso de drogas foram : xerostomia (antihipertensivos, antipsicóticos, antidepressivos, antihistamínicos, anticolinérgicos, anticonvulsivos, laxantes, relaxantes musculares); alterações de paladar; reações liquenóides e eritema multiforme.

SAUNDERS ⁶⁶, 1997, lembrou que o uso de múltiplos medicamentos pelos idosos pode estar relacionado com deficiências nutricionais. A autora listou alguns tipos de medicamentos, usados pela população idosa, que podem causar Ihe problemas nutricionais:

- analgésicos (aspirina e ibuprofeno) podem causar anemia,
- Antiácidos podem causar depleção de fosfato, osteomalácia,
- Laxantes podem causar deficiência de potássio e má absorção de nutrientes,
- Digitálicos (digoxicina) podem causar diminuição do apetite,
- Insulina pode levar a um aumento do apetite,
- Drogas antiasma, antiparkinsonianos, diuréticos, agentes hipoglicêmicos que podem causar efeitos colaterais (taquicardia, fraqueza, hipotensão postural, hipoglicemia, etc.) e que afetam a mobilidade, dificultando o idoso na compra e na preparação dos alimentos, ocasionando- Ihe deficiências nutricionais.

BOYD; DWYER ¹⁰, 1998, relacionou as seguintes manifestações bucais de deficiências nutricionais, a doenças sistêmicas :

- Queilite angular (deficiência de riboflavina, B6 e ferro) – agentes quimioterapeuticos
- Glossite (deficiência de riboflavina, niacina) - agentes quimioterapeuticos
- Xerostomia – diabete não controlada, Síndrome de Sjögren, artrite reumatóide, AIDS, radioterapia
- Alterações de paladar (deficiência de zinco e vitamina A) – uremia, medicamentos
- Disfagia (deficiência de ferro) – Agentes quimioterapeuticos, esclerose múltipla, artrite reumatóide.

NIESSEN ⁵², 1998, chamou a atenção para o fato de a cárie e a doença periodontal serem doenças provocadas por bactérias e não doenças relacionadas à idade. Entretanto, algumas condições sistêmicas, mais comuns em idosos (artrite, ataques, demência, ou o uso de medicações), podem alterar o fluxo salivar ou a capacidade de realizar a higiene bucal, aumentando assim o risco de cáries e de doença periodontal. A autora recomendou que a avaliação de fluxo salivar ou da queixa de “boca Seca” seja rotina em todos os pacientes, principalmente naqueles com mais de 60 anos.

KIYAK et al. ³⁹, 1998 estudaram a influência da percepção e respostas às doenças periodontais entre os idosos.

A maioria dos idosos avaliados apresentava pelo menos, uma doença crônica sistêmica e 85% dos idosos ambulatoriais tomavam drogas para estas condições. Os autores consideraram importante o impacto psicológico destas condições sobre o interesse de manutenção da saúde bucal. As doenças sistêmicas e suas respectivas medicações produziram efeitos prejudiciais sobre os tecidos periodontais. Não foi surpresa a constatação de que um indivíduo com múltiplas doenças sistêmicas crônicas, por usar vários medicamentos, tivesse pouco interesse na manutenção da higiene bucal, no sentido de prevenir o aparecimento ou a exacerbação de doenças periodontais.

Segundo o Programa Municipal de Atendimento ao Idoso - PROMAI⁶⁴, ligado à Secretaria de Saúde de Bauru - SP, 1999, as doenças sistêmicas mais comuns entre os 3 000 idosos em acompanhamento foram : as doenças cardiovasculares (hipertensão, infarto, angina e insuficiência cardíaca), derrames, câncer, pneumonia, enfisema e bronquite crônica, infecção urinária, diabetes mellitus, osteoporose, osteoartrose.

LOCKHART et al.⁴⁴, 1999, demonstraram que a colonização bucal da *Candida*, aumenta com o envelhecimento. As condições que mais predispõem este aumento são :o uso de próteses totais, a presença de alterações sistêmicas (artrite, doenças cardíacas e hipertensão) e o uso de medicamentos (insulina, tranquilizantes, esteróides, anticonvulsivos, e anticoagulantes). Os resultados encontrados sugerem a possibilidade do envelhecimento causar uma avaria no mecanismo de supressão ou de equilíbrio de leveduras.

BEYTH; SHORR ⁶, 1999, em uma revisão da epidemiologia das reações adversas a drogas em idosos, lembraram que as drogas antiinflamatórias não esteróides (DAINEs) são os medicamentos mais prescritos no mundo. Mais de 100 milhões de prescrições de DAINEs são feitas anualmente por médicos americanos. Aproximadamente 15 milhões de pacientes nos EUA requerem uma terapia de longa duração com DAINEs. Pacientes idosos usam agentes analgésicos com maior frequência do que qualquer outro grupo etário. 48% dos pacientes idosos relataram a artrite como seu diagnóstico primário.

Todas as DAINEs inibem a ciclo - oxigenase, a maior enzima da biossíntese de prostaglandinas. O uso de DAINEs pode ocasionar uma diminuição da função renal, pela supressão do mecanismo de compensação mediado por prostaglandinas, que mantém o fluxo sanguíneo renal e a filtração glomerular. O uso frequente de DAINEs por idosos causa preocupação devido ao aumento de evidências, que ligam estas drogas a úlceras pépticas, e a hemorragias gastrointestinais. O termo gastropatia por DAINEs foi criado em 1986 para diferenciar as alterações de mucosa gástrica induzidas por longo tempo de terapia com DAINEs, da úlcera péptica clássica. As gastropatias causadas por DAINEs incluem : lesões que variam de um eritema à erosões difusas, e de microhemorragias a úlceras gástricas crateriformes. As gastropatias por DAINEs são reconhecidas como a mais séria e a mais freqüente complicação de uma terapia com drogas.

2.5 – Atendimento odontológico e saúde bucal do idoso:

SMITH; SHEIHAM ⁷⁶, 1979, realizaram uma investigação sócio-odontológica em 254 adultos idosos ingleses independentes. O objetivo da pesquisa foi avaliar

como as condições bucais (dificuldades e defeitos funcionais bucais resultantes de doenças dentárias), prejudicam a vida das pessoas idosas . A idade da amostra estudada variava, de 65 a 98 anos. A amostra era composta por indivíduos de ambos os gêneros (63% eram mulheres e 37% eram homens) que pertenciam a diferentes classes sociais. As pessoas que concordaram em participar do estudo foram entrevistadas e posteriormente examinadas.

Na entrevista os participantes foram questionados a respeito : (1) de sua saúde geral e sobre sua mobilidade, (2) de sua saúde bucal e a respectiva função bucal (dores bucais, habilidade mastigatória, seleção de alimentos), (3) dos aspectos sociais da saúde bucal (aparência dos dentes e/ou presença de halitose, bem como o embaraço resultante destas condições).

O exame clínico foi realizado de forma sistematizada. Todos os dentes naturais foram avaliados quanto à presença de cárie e de doença periodontal; as próteses totais foram examinadas quanto à retenção, aparência e limpeza e a mucosa bucal foi avaliada quanto à presença de lesões de superfície.

A maioria das pessoas estudadas (65%), descreveu sua saúde geral e sua mobilidade como boa ou razoável; enquanto 28% das pessoas avaliadas descreveram como pobres sua saúde geral e sua mobilidade.

A maioria das pessoas incluídas no estudo (74%) não apresentava qualquer dente natural (o edentulismo foi mais prevalente nas classes sociais mais baixas). Dos idosos que tinham dentes naturais (n=65), 63 pessoas (97%) apresentavam alguns dentes sadios, porém, 40 pessoas (61%) apresentavam dentes com cáries; 24 pessoas (37%) apresentavam dentes restaurados e 13 pessoas (20%) apresentavam dentes com indicação para extração.

Somente quatro pessoas desdentadas não usavam dentaduras, 182 pessoas (72%) usavam ou necessitavam do uso de próteses totais de maxila e mandíbula. A maioria das próteses usadas apresentava condições insatisfatórias de uso.

Foi encontrada uma alta ocorrência de lesões de superfície de mucosa bucal (59%), principalmente nos portadores de próteses totais . A lesão de mucosa bucal mais encontrada foi a queilite angular (em 29% dos avaliados). Das pessoas que apresentavam queilite angular, 32% também mostraram estomatite por dentadura. Foram encontradas outras lesões de mucosa: ulcerações relacionadas ao uso de dentaduras (10,2%) e hiperplasias irritativas, que incluíam granulomas de dentaduras e pólipos fibroepiteliais, (10,2%).

Muitos membros da amostra reclamavam de desvantagens funcionais e sociais relacionadas às condições bucais: 32% queixavam-se de dores bucais e 30% acusavam dificuldades de mastigação; muitos relataram embaraço e dificuldades sociais resultantes da aparência de seus dentes ou de suas dentaduras. Contudo , os idosos avaliados neste estudo, não tiveram a percepção de que tais desvantagens estariam relacionadas às condições de sua saúde bucal .

No levantamento de saúde bucal que o MINISTÉRIO DA SAÚDE ¹² realizou no Brasil, em 1986, utilizou-se a faixa etária de 50 – 59 anos de idade, como maior limite de idade, por ser considerada a mais representativa em termos de programação de atividades, pois, na época, a expectativa de vida ao se nascer , era de 65,5 anos para as mulheres e de 61,3 anos para os homens.

Na ocasião do exame bucal, a renda da família, em termos de salário mínimo (S.M.) foi informada diretamente pela pessoa examinada.

Os principais resultados encontrados, para tal faixa de adultos idosos (50 – 59 anos), urbanos analisados foram : 72% da população idosa já havia extraído todos os dentes de pelo menos um dos maxilares, encontrando-se altos índices de edentulismo no maxilar superior; somente 23 % das pessoas deste grupo mantinham seus dentes, sem necessidade do recurso extremo de uma prótese total. O sextante central superior, considerado como o mais saudável dentre os existentes, liderou as estatísticas dos sextantes nulos, ao aparecer como o setor bucal mais sujeito a extrações para colocação precoce de próteses parciais ou totais. Quanto à presença de cálculo dentário, a pior condição localizou-se no sextante central inferior. Observou-se uma situação bucal mais crítica para as pessoas com renda familiar na faixa de até 2 salários mínimos. Somente 31% dos adultos examinados haviam recebido atenção odontológica no período dos últimos 365 dias. Os dados confirmaram que o maior índice de ataque de cárie apresentou-se inversamente proporcional ao nível de renda familiar.

THINES; KARUZA JUNIOR; MILLER ⁸¹, 1987, lembraram que a maioria dos idosos, quando indagados sobre qual é a sua preocupação em relação à saúde , respondem: artrite, ansiedade, hipertensão, solidão, problemas respiratórios, surdez, problemas cardíacos, diabetes e úlceras. Os problemas bucais nunca são incluídos . A população idosa não está atenta à suas específicas necessidades bucais. Além disso, a saúde bucal não é priorizada, provavelmente porque não é considerada como fator importante na manutenção da qualidade de vida e nem relacionada a outros cuidados de saúde .

DOLAN; GOOCH; BOURQUE ²⁰, 1990, lembraram que a saúde bucal se relaciona com o estado geral de saúde, física, mental, ou social. Uma dentição precária e/ou uma deterioração das funções bucais podem causar dor e desconforto, podem impedir a ingestão de alimentos; podem não favorecer a manutenção de relações interpessoais e podem gerar uma auto - imagem negativa. Os autores sugeriram mais três novos critérios para avaliação de saúde bucal dos pacientes idosos: a existência de dor e/ou desconforto bucal; o grau de preocupação do paciente com sua condição bucal e problemas sociais relacionados a uma conversação prejudicada pela má condição bucal.

Para ETTINGER ²⁴, 1993, a heterogeneidade entre as pessoas com 65 ou mais de idade, provavelmente, é muito maior que aquela encontrada em outras faixas etárias. As influências históricas, sociais e dentárias podem causar diferenças nas atitudes e nas expectativas, no que se refere à saúde bucal. Mais pessoas idosas (os “idosos jovens” de 65 anos), estão conservando seus dentes naturais. Os idosos estão mudando o seu padrão de utilização dos serviços de saúde bucal. Esta utilização dos serviços odontológicos, ainda depende do grau de instrução, da mobilidade e das experiências pessoais que influenciaram a manutenção dos dentes naturais.

SLADE et al. ⁷⁵, 1993, realizaram um estudo piloto com 178 idosos não institucionalizados na cidade de Adelaide, no sul da Austrália. Os pacientes foram entrevistados por profissionais treinados. Foram coletados dados sobre a saúde geral, sobre suas características demográficas e sociais e sobre sua saúde bucal (uso de dentaduras, atendimento odontológico e o impacto social das doenças

bucais). As pessoas entrevistadas também foram examinadas por três dentistas. As condições sistêmicas mais prevalentes foram: artrite (55,5%); hipertensão (42,8%), doenças cardíacas (19,7%). Foi comum a presença de duas condições crônicas, sendo que apenas 25% das pessoas entrevistadas referiram a presença de três condições crônicas sistêmicas. A prevalência total de edentulismo foi de 47,1% e atingiu mais a faixa dos idosos mais velhos (75 anos ou mais) e aqueles de menor grau de instrução. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois gêneros. Também não houve relação consistente entre a presença de condições sistêmicas e o edentulismo. Do total de pessoas entrevistadas, 83,3% usavam uma ou duas dentaduras. As combinações mais encontradas foram: prótese total na maxila e na mandíbula (45,3%); prótese parcial superior (13,3%); prótese total superior (9,0%); prótese total superior e parcial inferior (8,8%). Nos 54 idosos com dentes a prevalência de cárie de raiz foi de 27,7% e foi mais freqüentemente encontrada nos idosos mais velhos e com menor escolaridade.

ROSA; CASTELLANOS; PINTO⁶³, 1993, em estudo sobre a saúde bucal na 3ª idade, realizado na cidade de São Paulo, Brasil, classificaram os idosos com base nas respectivas habilidades funcionais. Os pacientes idosos foram então classificados em três grupos distintos: os pacientes funcionalmente independentes, que podem morar sozinhos sem necessidade de ajuda; os idosos debilitados, mas funcionalmente independentes, que necessitam de alguma ajuda; pacientes funcionalmente dependentes. Cada uma destas categorias pode incorporar uma variedade de situações específicas.

A população examinada (257 pessoas idosas, com idade média de 73,5 anos) pode ser caracterizada, como predominantemente de baixa e média renda,

com uma leve predominância de mulheres (54%). Os autores constataram que dos 257 examinados , 188 não possuíam qualquer dente sadio (edêntulos ou não) e que somente 8 pessoas não necessitavam de qualquer tipo de prótese (parcial ou total) isto é, 97% das pessoas avaliadas situavam-se na área relacionada com a prótese odontológica. O grupo de idosos independentes apresentou uma proporção de 66,33% de edêntulos; o grupo de idosos debilitados apresentou uma proporção de 80,6% de edêntulos e os totalmente dependentes apresentaram a proporção de 90,22% de edentulismo.

Em média, para o região de maxila, 51,4% dos idosos funcionalmente independentes e dos idosos debilitados usavam prótese total e 7,6% usavam próteses parciais, enquanto que outros 28,5% necessitavam de próteses totais e 7,3% necessitavam de próteses parciais. Para a mandíbula, os dados encontrados foram de 39%, 7,6%, 35,8% e 11,7%, respectivamente.

As lesões de mucosa relacionadas ao uso de próteses mostraram uma prevalência de : 7,8% dos pacientes com estomatites; 0,4% com ulcerações (no conjunto o grupo com indepedência funcional foi o mais afetado); 10,5% com hiperplasias (predominante nos idosos totalmente dependentes) e 3,1% com outras lesões (dois casos de hemangioma e três casos de língua varicosa). Somente 13,23% dos examinados mantiveram sua eficácia mastigatória, com pelo menos a metade de seus dentes.

Face à severidade da epidemiologia encontrada, os autores indicaram ações preventivas, educativas, curativas e de reabilitação odontológica, específicas para a faixa etária da 3ª idade.

MARINO ⁴⁶, 1994, revisou e comparou os dados encontrados em 14 publicações de estudos epidemiológicos sobre saúde bucal em idosos, realizados na América Latina. Concluiu que na América Latina, a saúde bucal dos idosos é muito pobre, com altas taxas de prevalência de perda dentária, de doença gengival, de edentulismo e de necessidades protéticas. A maioria dos idosos da América Latina (de 33,2% a 68,3%) classificou sua saúde bucal como sendo “boa “ ou “muito boa”. Esta classificação foi considerada inconsistente face às observações clínicas. Muitos dos idosos avaliados informaram não visitar um dentista há 6 meses.

O autor lembrou que a maioria dos estudos realizados na América Latina se concentraram na determinação de índices de cáries e do uso de próteses. Poucos se ocuparam de problemas periodontais e somente dois se referiram à lesões de tecido mole. O autor recomendou que fossem desenvolvidos programas efetivos de saúde bucal para esta faixa de população

JOLLY³⁶, 1994, ressaltou a importância da avaliação da história médica do paciente idoso para que o tratamento de saúde bucal possa ser coordenado com suas condições sistêmicas. Para tal, recomendou a inclusão dos seguintes itens na história médica, para todo paciente:

- Identificação – nome, idade, gênero, raça,
- Nome do médico que assiste o paciente,
- Queixa principal – nas palavras do paciente
- História da doença atual - curso da presente condição, como e quando ela começou, revisão dos sistemas pertinentes, doenças relacionadas, fatores de risco

- História médica pregressa - internações hospitalares, condições médicas, principais cirurgias
- História familiar- local onde vive, pessoas com quem vive, problemas médicos de parentes (câncer, tuberculose, alergias, asma, doenças cardiovasculares, doenças renais, úlceras, hemofilias)
- História social- vícios (tabaco , álcool, outras drogas ilegais), estado civil, profissão, religião ou crenças, lazer, condições de vida,
- Revisão de todos os sistemas orgânicos- sinais vitais, pele, cabeça, olhos, ouvidos, nariz, garganta, respiração, sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal, sistema geniturinário, sistema endócrino, sistema-músculo esquelético, sistema hematológico sistema neuro-psiquiátrico.

Para KILMARTIN ³⁷, 1994, a avaliação médica do paciente idoso pelos dentistas consistiria preliminarmente em levantamento da história médica e em limitada avaliação física. A autora recomendou o uso da entrevista direta como forma de obtenção da história médica do paciente. Parece haver uma tendência, entre as pessoas idosas, de revelar novas informações sobre sua saúde a cada visita, à medida que a confiança no profissional e na sua equipe vai aumentando, pouco a pouco. Pacientes idosos têm a visão de que é responsabilidade do profissional a obtenção da história médica do entrevistado e não que ela deva ser fornecida espontaneamente.

Recomendou o registro de todas as doenças acusadas pelo paciente e o registro de todas as drogas usadas, assim como a sua dosagem, a duração da terapia e motivo de sua prescrição.

Os sinais vitais (altura, peso, pressão arterial, respiração, pulso e temperatura) devem ser checados em todos os pacientes idosos, em cada exame físico.

Em uma avaliação da saúde bucal de 51 pacientes idosos com problemas sistêmicos, realizada em uma instituição para idosos, em San Antonio, Texas, EUA, PAUNOVICH⁵⁹, 1994, encontrou os seguintes resultados: 27 pacientes (53%) tinham dentes, enquanto que 24 (47%) eram desdentados. A maioria dos pacientes não visitara um dentista havia pelo menos seis anos. Não foi observada nenhuma patologia bucal mais séria. As patologias associadas ao uso de próteses totais (candidíase crônica eritematosa, ulcerações ou irritações) foram encontradas em 10% dos pacientes portadores de próteses totais. No grupo de pacientes com dentes, foi encontrado uma média de 14,9 dentes ausentes por pessoa. O número de dentes restaurados variou de 0 a 11, com uma média de 2,3 dentes restaurados por indivíduo. A média de dentes cariados por pessoa foi de 3,4, com marcada prevalência (82%) de cárie de raiz. Todos os pacientes dentados necessitavam de profilaxia dentária pela presença de placa bacteriana. Foi observado que 15 (63%) dos 24 pacientes desdentados, usavam dentaduras. Destes 15 portadores de próteses totais, 12 (80%) relataram problemas com suas respectivas próteses. Dos nove pacientes desdentados que não usavam próteses, somente 3 (33%) expressaram o interesse pelo uso de dentaduras.

A autora atribuiu o pobre estado de saúde bucal encontrado à falta de uma rotina preventiva e restauradora de cuidados de saúde bucal, nas instituições para idosos. Esta população apresentou maior risco de comprometimento de saúde bucal , do que os idosos não institucionalizados.

SHAY⁷⁰, 1994 elaborou um guia mnemônico de cinco letras para auxiliar os dentistas na identificação dos fatores que precisam ser avaliados e pesados antes do atendimento odontológico de pacientes idosos. O autor espera que a palavra **OSCAR** forneça uma lembrança conveniente de todos os fatores que teriam impacto sobre o curso de atendimento odontológico do idoso:

- O** (oral, bucal) - dentes, restaurações, próteses, periodonto, mucosa bucal, oclusão e saliva
- S** (sistêmico) – mudanças “normativas “ da idade, diagnósticos médicos, agentes farmacológicos, comunicação interdisciplinar
- C** (capacidade) –capacidade funcional, higiene bucal, auto proteção, mobilidade dentro do consultório, meio de transporte até o consultório, acompanhantes.
- A** (autonomia) – habilidade de tomar decisões, dependência de outros para tomada de decisões
- R** (realidade) – priorização da saúde bucal, possibilidade ou limitação financeira, expectativa para o restante do tempo de vida

PEREIRA, et al.⁶¹, 1996, examinaram 104 idosos de 60 a 89 anos (idade média de 70 anos) , sendo 25 do gênero masculino e 79 do gênero feminino, todos pacientes de Centro de Saúde “ Geraldo de Paula Sousa”, em São Paulo – SP. Os idosos foram examinados com a utilização do índice CPITN (avaliação periodontal – OMS). Além do exame clínico, os indivíduos da amostra foram submetidos a um questionário onde constavam perguntas referentes a conhecimentos sobre doença periodontal, placa dentária, presença de sangramento, tamanho e tipo de cerdas da

escova utilizadas, modo da higiene bucal e informações sobre a última visita ao dentista.

Os pesquisadores concluíram que o estado de saúde bucal dos idosos examinados era muito deficiente. O nível de conhecimento sobre doença periodontal e placa dentária ficou muito abaixo da expectativa. A utilização da escova dentária foi o procedimento mais detectado. 52% dos entrevistados afirmaram visita ao dentista nos últimos 2 anos, sem qualquer ganho adicional na saúde bucal dos mesmos.

Com os resultados obtidos, os examinadores, ressaltaram a importância de uma maior atenção odontológica à faixa etária idosa.

KRESSIN et al.⁴¹, 1996, desenvolveram medidas para a avaliação da saúde bucal, relacionando-a com a qualidade de vida. Para tal, examinaram 1 648 homens com idades variando de 47 a 94 anos. A pesquisa utilizou um questionário onde foram incluídos três itens sobre possíveis efeitos de doenças bucais relacionando dentes e gengiva :

- 1- afeta suas atividades diárias, como o trabalho e/ou o lazer?
- 2- afeta suas atividades sociais, com a família, amigos ou colegas de trabalho?
- 3- faz com que você evite a conversação?

As respostas aos três itens variaram de : “ todo o tempo” a “ nunca”.

A pesquisa também continha dois itens que avaliavam o desconforto bucal (boca seca e sangramento gengival) os quais tiveram respostas que variaram de “ nunca” a “freqüentemente”. Na avaliação dos problemas de alimentação (problemas de

dentesc/ boca que dificultavam a alimentação, problemas de deglutição que tornavam difícil a alimentação) os avaliados responderam “sim” ou “não”.

Os homens com melhores resultados relataram menos dores ou desconforto dentários e menor quantidade de problemas de alimentação. Os resultados encontrados reforçaram a validade de um questionário de saúde que incluía questões subjetivas de saúde bucal, relacionadas à qualidade de vida.

STEELE et al.⁷⁸, 1997, examinaram 1 211 adultos dentados com idades a partir de 60 anos, para avaliar o grau de satisfação com a respectiva saúde bucal. Os exames odontológicos foram realizados por dentistas especialmente treinados para o estudo, na própria casa das pessoas envolvidas na pesquisa. O exame incluiu uma avaliação das condições de coroas e raízes dos dentes remanescentes (incluindo mobilidade e perda de suporte periodontal), o número e distribuição dos espaços protéticos, a presença e a condição das próteses totais e parciais. Além disso, foram avaliadas três variáveis subjetivas: Grau de satisfação com a condição bucal, Grau de satisfação com a capacidade de morder e mastigar e Grau de satisfação com a aparência dos dentes.

Os resultados encontrados foram : 94,3% das pessoas examinadas relataram estar satisfeitas com sua condição bucal; 95,7% das pessoas avaliadas estavam satisfeitas com sua habilidade de morder e mastigar e 88,1% dos indivíduos analisados estavam satisfeitos com a aparência de seus dentes.

OW et al.⁵⁷, 1997, investigaram 891 pessoas idosas, para avaliação da capacidade mastigatória e sua associação com a saúde bucal. As pessoas examinadas tinham idades que variavam de 55 a 91 anos (idade média de 66

anos). Os idosos examinados associaram uma boa capacidade mastigatória ao consumo de alimentos com tipos diferentes de texturas , à mastigação bilateral e à ausência de dores bucais ou faciais durante a mastigação.

A maioria das pessoas examinadas (68,8%) consideraram sua capacidade mastigatória como boa, 23,2% destas pessoas, consideraram sua capacidade mastigatória como razoavelmente boa. Somente 8% dos idosos avaliados consideraram como “pobre” sua capacidade mastigatória. Mais homens (11%) do que mulheres (6%) relataram capacidade mastigatória “Pobre” . As pessoas com maior percepção de sua saúde geral e bucal, relataram melhores capacidades mastigatórias. Os indivíduos que possuíam no mínimo 20 dentes naturais não apresentaram queixas de dificuldades mastigatórias.

66% dos indivíduos examinados (n=648) usavam próteses parciais ou totais. Estas pessoas foram divididas em 4 grupos diferentes: (A) pessoas que possuíam dentes naturais e não usavam próteses (n= 264); (B) pessoas com próteses parciais na maxila e/ou mandíbula (n=229), (C) pessoas portadoras de próteses totais na maxila e/ou mandíbula (n=155), (D) pessoas que usavam ambas as próteses totais. Vinte idosos totalmente desdentados, que não faziam uso de qualquer tipo de prótese, não foram incluídos nas análises. A capacidade mastigatória foi considerada boa para 69% das pessoas do grupo A, para 66% das pessoas do grupo B, para 72% das pessoas do grupo C e para 71% das pessoas do grupo D. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as capacidades mastigatórias entre as pessoas dos grupos A, B, C e D, com tipos diferentes de próteses.

MACENTEE; GLICK; STOLAR ⁴⁵, 1997, entrevistaram e examinaram 255 idosos independentes. Do total de pessoas examinadas , 53% eram homens e 47% eram mulheres. Em relação à condição bucal foram encontrados os seguintes resultados: 31% das pessoas examinadas possuíam dentes naturais, 35% das pessoas possuíam dentes naturais e dentaduras e 34% das pessoas avaliadas possuíam somente dentaduras. Quanto a desordens de mucosa bucal os autores constataram que: 43% dos 255 idosos apresentavam uma ou mais doenças de mucosa bucal; 30% apresentavam estomatites, hiperplasias e/ou queilites angulares, relacionadas ao uso de próteses e 20% apresentavam outras lesões intrabucais, tais como aftas, leucoplasias e edemas. Mais de três lesões de mucosa, relacionadas ao uso de dentaduras totais, foram associadas também a homens fumantes, portadores de dentaduras mal adaptadas e com precária higiene bucal. Os autores concluíram que a idade dos pacientes tem mínima influência na ocorrência de lesões de mucosa bucal.

ZWETCHKENBAUM; SHAY ⁸⁶, 1997, evidenciaram a grande influência da ausência de dentes na interação social de pessoas idosas. A clareza da fala depende de posições particulares de língua, lábios, bochechas, borda incisal de dentes ou rebordo alveolar. A aparência é outro aspecto, de interação social e de auto - estima, muito afetada pela perda de dentes. A imagem estereotipada do idoso, sempre inclui uma boca desdentada, bochechas murchas, um queixo e nariz exagerados. Citam que grande número de idosos são motivados a manter sua saúde bucal , visando boas interações sociais.

GILBERT et al. ³⁰, 1997, definiram desvantagem bucal como sendo o impedimento de certas atividades diárias, resultantes da redução da saúde bucal. A diminuição da saúde bucal está relacionada à presença de doenças bucais, à presença de injúrias de tecidos dentários, à presença de dor e à perda ou limitação da função.

HAUG ³⁵, 1997, enumerou duas principais barreiras para um eficaz tratamento odontológico preventivo e restaurador, nos pacientes idosos. A primeira é o conceito errôneo de que, com o avanço da idade, espera-se uma pobre saúde bucal. Este conceito faz com que a maioria das pessoas idosas não procure tanto os tratamentos odontológicos preventivos e restauradores, como fazem os pacientes mais jovens. A segunda barreira ao tratamento odontológico preventivo e restaurador, de adultos idosos, é a atitude do profissional, que acredita ou é induzido a acreditar que pessoas idosas não são candidatas a este tipo de tratamento odontológico. A maior causa dessa atitude errada é a falta de conhecimento sobre a natureza do processo do envelhecimento humano. O autor reconhece que profissionais deveriam ser educados para que os cuidados apropriados fossem dispensados a toda essa população, independente da presença ou ausência de dentes. Ainda que, conhecessem os potenciais problemas nutricionais resultantes de uma limitada ou inexistente capacidade mastigatória, e o reflexo desta incapacidade sobre toda saúde do paciente.

ÖSTERBERG et al. ⁵⁵, 1998, mostraram que na Suécia houve um aumento na procura por cuidados bucais entre 1981 e 1989, principalmente devido à redução da prevalência do edentulismo. Não só esse, mas outros fatores influenciam na

procura por cuidados odontológicos. Os autores constataram que os fatores socioeconômicos, condições de saúde e os fatores culturais são as principais barreiras que condicionam a utilização de cuidados bucais entre os idosos que possuem dentes. O aumento do número de idosos com dentes e o aumento da demanda por cuidados bucais, trará grande impacto sobre os planos de serviços odontológicos. Espera-se que os serviços de saúde bucal, estendam seus cuidados aos idosos, uma vez que são os mais afetados por doenças e por incapacidades funcionais.

NORDSTRÖM et al.⁵³, 1998, em um estudo longitudinal de 9 anos, com pessoas de 70 a 79 anos, relacionaram a freqüência das visitas ao dentista, ao número de problemas dentários. A investigação clínica mostrou um aumento na quantidade de dentes perdidos, de cáries de raiz, de doenças periodontais com o aumento da idade. Entre os idosos com dentes, houve uma perda de 2,6 dentes entre 1981 a 1990. O número de dentes sadios diminuiu de 3,47 a 2,65 durante o período de 9 anos. A freqüência de bolsas periodontais maiores que 3 mm teve um aumento estatisticamente significativo, naquele período estudado. Os autores encontraram menos problemas nos idosos que freqüentavam anualmente seus respectivos dentistas.

KIAYK et al.³⁹, 1998, lembraram que os gerontologistas têm distinguido a população idosa em grupos históricos. Cada grupo difere do outro, em caráter biológico, médico, funcional e cognitivo. No critério de condição periodontal, os idosos foram divididos em :

- (1) *Idosos jovens* com idades entre 65 e 74 anos, que apresentam muitos dentes naturais, pois puderam se beneficiar do desenvolvimento da odontologia preventiva no meio do século XX e da fluoretação da água quando adultos jovens, mas que apesar disso, requerem terapia periodontal para seus dentes remanescentes,
- (2) *Idosos médios* com idades entre 75 e 84 anos, que apresentam ainda alguns dentes naturais, mas numa dentição mais complexa. Restaurações antigas, ausências dentárias, recessões gengivais, combinadas com próteses parciais, dificultam a manutenção da higiene bucal, especialmente naqueles com problemas sistêmicos (osteoartrite) e
- (3) *os idosos velhos* com idades a partir dos 85 anos, que apresentam as mais altas taxas de edentulismo, pois não tiveram acesso às técnicas de prevenção e manutenção da saúde bucal. As visitas ao dentistas eram estritamente motivadas pela dor e sempre resultavam em extrações. Para este grupo, a dor e as próteses quebradas, são as principais razões para a visita ao dentista.

Os autores apresentaram uma perspectiva histórico – social sobre a visão popular da saúde bucal :

As culturas evoluíram, da aceitação do completo edentulismo (sem a reposição artificial dos dentes) a um 2º estágio de preferência por dentaduras; a um 3º estágio, da aceitação de ter dentes naturais imperfeitos a uma restauração em qualquer um deles e finalmente; a um 4º estágio, em que os dentes e os tecidos periodontais podem ser mantidos saudáveis, por toda vida, pela adoção de medidas profiláticas .

Os idosos dos países desenvolvidos estariam nos seguintes estágios :

os idosos velhos, no 2º estágio;

os idosos médios, no 2º ou 3º estágio e

os idosos jovens, no 3º estágio.

Nos países em desenvolvimento, os idosos jovens estariam nos 1º e 2º estágios.

Os autores também realizaram uma avaliação sobre o conceito de “boa saúde bucal”. Diferenças estatisticamente significantes foram encontradas entre as etnias americanas. Para a maioria dos latinos (75%), uma boa saúde bucal significava ausência de dor e desconforto, mas a mesma definição só era válida para 37% dos afro-americanos. Para 25% dos caucasianos não latinos, 26% dos afro-americanos, 10% dos asiáticos e 10% dos latinos, uma boa saúde bucal foi relacionada a uma boa aparência dos dentes. Os asiáticos (40%) tiveram as maiores dificuldades para definir uma boa saúde bucal.

Para GILBERT et al.³¹, 1998, a saúde é mais que a falta de doenças. As medidas do estado de saúde não podem mais ser baseadas na mortalidade e na morbidade das doenças. Devem incluir também avaliações auto-referidas sobre o bem estar social, psicológico e funcional. Avaliações auto-reportadas informam mais sobre como as doenças bucais afetam o dia-a-dia individual, do que aquelas avaliações derivadas de simples aferições clínicas. Os pesquisadores entrevistaram e examinaram 873 pacientes, que apresentavam no mínimo um dente. A amostra foi composta de pessoas com idades a partir dos 45 anos. As doenças bucais e as injúrias dos tecidos bucais foram avaliados por exame clínico direto. As dores e o desconforto bucais foram avaliados por perguntas a respeito da presença e duração de : dor de dente, sensibilidade dentinária, e desgosto com as próteses. As limitações das funções bucais foram avaliadas mediante questionamentos sobre a capacidade de morder, dificuldades para falar ou pronunciar algumas palavras, resultantes de falhas dentárias ou devidas ao uso de dentaduras. A desvantagem

bucal foi avaliada através de algumas questões (cujas respostas afirmativas, variaram de **sempre** até **recentemente**) : Você evita sorrir devido a problemas bucais? Você evita a conversação ou se sente embaraçado por causa da aparência de seus dentes? Você tem dores bucais que atrapalham seu sono? A dor ou desconforto bucal fazem você fugir de suas atividades rotineiras? Você evita a ingestão de alimentos duros?, você fica precavido ao se alimentar? e Você evita se alimentar por outros problemas mastigatórios?. Além disso, os autores avaliaram questões auto - reportadas sobre o aspecto clínico dos dentes presentes (coloração e aparência), sobre a presença de halitose, sobre os problemas de retenção alimentar em dentes ou dentaduras, ausência de dentes, dentaduras quebradas, sangramento gengival e sensação de boca seca.

A prevalência de uma diminuição de saúde bucal auto referida foi substancial, com 25% das pessoas examinadas considerando sua saúde bucal como razoável ou pobre. Os autores recomendaram o uso de uma avaliação auto - aferida para o obtenção de informações que possibilitem uma .maior efetividade dos cuidados bucais.

GALISA; SEQUEIRA; LUZ ²⁶, 1999, lembraram que os altos índices de desnutrição encontrados nas pessoas idosas brasileiras, estão diretamente ligados às condições bucais. A perda de dentes, próteses mal adaptadas ou as doenças periodontais quase sempre provocam o empobrecimento da dieta. Além da perda da capacidade de mastigação, outros fatores contribuem para o empobrecimento da alimentação dos idosos, tais como: a perda do poder aquisitivo com a aposentadoria, a perda da autonomia de locomoção e a solidão. O idoso, que vive só, não tem estímulo para a preparação de alimentos mais nutritivos, recorrendo ao

uso de alimentos industrializados, normalmente deficientes em nutrientes. Altos índices de anemia foram encontrados nesta faixa etária.

SALIBA et al.⁶⁵, 1999, examinaram 97 indivíduos, na faixa etária entre 42 e 102 anos, de ambos os gêneros, pertencentes a três instituições de amparo ao idosos, da cidade de Araçatuba - SP. Das 97 pessoas examinadas, 52,5% eram do gênero masculino e 47,4% eram do gênero feminino; 68,04% eram leucodermas e 48,4% eram solteiros. A maioria dos entrevistados (96,9%), cursou apenas o primeiro grau, e 57,73% do total não apresentavam doença de ordem geral.

Dos 67 desdentados totais, 48% faziam uso de, pelo menos, uma prótese total e 52% não usavam nenhum tipo de prótese. Dos pacientes edêntulos parciais, 11,6% apresentavam dentes cariados, 10,35% apresentavam dentes hígidos e 9,76% apresentavam dentes indicados para extração.

SILVA⁷³, 1999, avaliou a autopercepção das condições bucais de 337 idosos. A amostra foi constituída de idosos independentes, com 60 ou mais anos de idade, que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara - SP. Os idosos que participaram do estudo responderam a um formulário com questões sobre as respectivas características sócio-demográficas, autopercepção da condição bucal e o índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index, índice que procura refletir os problemas bucais que afetam os idosos nas funções físicas, funcionais, nos aspectos psicológicos e na dor ou desconforto). As principais doenças bucais foram determinadas pelo exame clínico. A ocorrência do edentulismo foi de 40,4% e, entre os dentados, a cárie e a doença periodontal tiveram grande prevalência. 42,7% dos idosos, que apresentavam dentes, avaliaram sua condição bucal como regular,

enquanto que 55,8% dos desdentados consideraram como boa sua condição bucal. Entre os idosos com dentes, as variáveis associadas à auto avaliação foram : a classe social, o índice GOHAI, os dentes cariados e com extração indicadas; para os idosos desdentados, as variáveis foram a escolaridade e o índice GOHAI. Uma análise multivariada mostrou que os indicadores da auto - avaliação foram o índice GOHAI (para dentados e desdentados), os dentes com extração indicada e o CPITN (para pacientes dentados). Concluiu-se que a autopercepção de condição bucal sofreu pouca influência das condições clínicas. O autor acredita que os estudos sobre autopercepção podem ser importantes na área educativa, pois são questões ligadas ao auto diagnóstico e a auto cuidados e, portanto, essenciais quando se tem acesso apenas a serviços emergenciais na área de saúde bucal. Aconselhou a implantação e o desenvolvimento de ações educativas e de prevenção junto à população idosa.

3- PROPOSIÇÃO

3- PROPOSIÇÃO

Após observações feitas com a revisão da literatura, verificamos que o conhecimento do atendimento odontológico da pessoas idosa necessita ainda ser aprofundado.

Por esse motivo, nos propusemos a estudar o tema com os seguintes objetivos:

3.1- conhecer as alterações bucais prevalentes na população de idosos, independentes ou parcialmente dependentes ⁶³, com 50 e mais anos, na cidade de Bauru - SP, da qual este contingente seria representativo.

3.2- conhecer o grau de satisfação relacionado à saúde bucal e a ocorrência de queixas de problemas bucais dos idosos avaliados.

3.3- relacionar a autopercepção da saúde bucal e a ocorrência de queixas de problemas bucais com diferentes graus de escolaridade, renda mensal, presença de dentes naturais, ou mesmo à queixa de ansiedade.

3.4- identificar as doenças sistêmicas mais freqüentes, os principais medicamentos utilizados pela população idosa de Bauru.

3.5- determinar o perfil sócio-demográfico dos idosos desdentados de Bauru.

3.6- avaliar a condição das próteses utilizadas pelos idosos desdentados.

3.7- elaborar uma ficha clínica específica para o atendimento odontológico de pessoas idosas.

4- MATERIAL E MÉTODOS

4- MATERIAL E MÉTODOS

4.1- Material:

As 300 pessoas avaliadas neste trabalho, apresentam idades iguais ou acima dos 50 anos ¹², pertencem a ambos os gêneros, apresentam diferentes cores de pele, possuem diferentes graus de escolaridade, têm diferentes rendas mensais ¹², são independentes ou debilitadas ^{27, 63}, e residem no município de Bauru –SP.

As amostras compreendem:

- 202 pessoas idosas cadastradas no Programa Municipal de Atendimento ao Idosos (PROMAI), ligado à Secretaria de Saúde do município de Bauru -SP (Amostra PROMAI).
- 61 pessoas idosas matriculadas na Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade do Sagrado Coração, Bauru -SP (Amostra USC).
- 37 pessoas em atendimento médico em um consultório particular, na cidade de Bauru -SP (Amostra PARTICULAR).

As 300 pessoas idosas foram distribuídas segundo gênero, estado civil, faixa etária, cor , procedência, grau de escolaridade e renda mensal ¹² (tabela 1). As distribuições sócio- demográficas de cada uma das amostras separadas, se encontram nos anexos 1 a 3.

Todos os participantes da pesquisa foram questionados a respeito do grau de satisfação em relação à saúde bucal, das queixas de problemas bucais e da história médica pregressa . Também foram examinados clinicamente quanto à presença de lesões de superfície de mucosa bucal e quanto às condições das próteses utilizadas.

Tabela 1 - Distribuição das características sócio - demográficas de 300 idosos masculinos e femininos de Bauru, 1999.

Características Sócio- demográficas		masculinos		femininos		total	
		n (86)	% (28,6)	n (214)	% (71,3)	n (300)	%
Procedência	zona urbana	35	11,6	110	36,6	145	48,3
	zona rural	51	17,0	104	34,6	155	51,6
Idade (anos)	50 – 59	5	1,6	32	10,6	37	12,3
	60 – 69	39	13,0	93	31,0	132	44,0
	70 – 79	33	11,0	77	25,6	110	36,6
	80 – 89	5	1,6	10	33,3	15	5,0
	90 - +	4	1,3	2	0,6	6	2,0
Estado Civil	Solteiro	4	1,3	16	5,3	20	6,6
	Casado	73	24,3	104	34,6	177	59,0
	Divorciado	3	1,0	20	6,6	23	7,6
	Viúvo	6	2,0	74	24,6	80	26,6
Cor da pele	Leucoderma	72	24,0	176	58,6	248	82,6
	Melanoderma	8	2,6	34	11,3	42	14,0
	Xantoderma	5	1,6	3	1,0	8	2,6
Escolaridade	Analfabeto	19	6,3	37	12,3	56	18,6
	1º Grau	48	16,0	129	43,0	177	59,0
	2º Grau	8	2,6	30	10,0	38	12,6
	3º grau	11	3,6	16	5,3	27	9,0
Renda Mensal	1 – 5 SM*	56	18,6	136	45,3	192	64,0
	6 – 10 SM	21	7,0	55	18,3	76	25,3
	11 – 15 SM	2	0,6	12	4,0	14	4,6
	16 – 20 SM	3	1,0	9	3,0	12	4,0
	21 - + SM	4	1,3	2	0,6	6	2,0

* Salário Mínimo = R\$ 136,00 / US\$ 75.5

4.2 Métodos:

Este trabalho foi aprovado , em 26 de agosto de 1999, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB – USP (vide anexo 4).

Após uma palestra introdutória, em que foram explicados os objetivos e a metodologia que seria utilizada, as pessoas interessadas se inscreveram para participar na pesquisa. Algumas foram avaliadas de imediato e outras programadas para uma avaliação posterior.

Antes de conceder a entrevista propriamente dita, cada pessoa leu e assinou duas vias de um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme orientação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹³ (vide anexo 5).

A entrevista direta foi conduzida pela pesquisadora. As respostas foram anotadas em um questionário padronizado elaborado para esta avaliação (vide anexo 6). Todas as informações foram fornecidas pelas próprias pessoas entrevistadas.

A entrevista foi dividida em: Grau de satisfação em relação à saúde bucal; Queixa de problemas bucais e História médica pregressa. Após a entrevista foi realizado o exame físico. Esta metodologia tem sido comumente utilizada para a obtenção de dados objetivos e subjetivos de pessoas idosas^{20, 30, 31, 36, 41, 42, 57, 61, 70, 73, 76, 78, 81}.

O exame físico, também realizado pela pesquisadora, foi conduzido de forma padronizada, iniciado com um exame físico geral e complementado com o exame físico loco-regional extra e intrabucal (com avaliação criteriosa da mucosa bucal)^{17, 37}.

As próteses removíveis totais ou parciais e as próteses fixas, consideradas como satisfatórias ou insatisfatórias, foram avaliadas quanto à :

- duração de uso,
- função,
- aparência e limpeza

Os principais sinais vitais (pulso, P.A, temperatura, respiração) foram obtidos de cada uma das pessoas avaliadas ³⁷.

As Patologias de superfície de mucosa bucal, de diagnóstico clínico, foram tratadas pela pesquisadora, as patologias que necessitaram de biópsia para a elucidação de seu diagnóstico, foram encaminhadas para clínica de Diagnóstico Bucal da FOB-USP.

As entrevistas e os exames clínicos, da amostra USC, foram realizados nas dependências clínicas do Departamento de Odontologia, da Universidade do Sagrado Coração. As entrevistas e os exames clínicos, das outras duas amostras, foram realizados em locais de fácil acesso, em cadeiras comuns e com condições mínimas para uma precisa visualização da cavidade bucal. Preferiu-se que estes locais fossem nas próprias dependências das instituições, públicas ou privadas, de forma a incentivar a participação de um maior número de idosos na pesquisa.

4.2.1 - Análise estatística:

Para determinar a associação entre os grupos e as variáveis estudadas será utilizado o teste do Qui-Quadrado (χ^2). No caso de tabelas de contingência 2 x 2, com células com frequência inferior a 5 será utilizado o teste de Fisher. Em todos os casos será adotado nível de significância de 5%.

5 – RESULTADOS

5 – RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por tabelas e gráficos e foram assim divididos:

5.1- Grau de satisfação em relação à saúde bucal:

Tabela 2 – Comparação do grau de satisfação em relação à saúde bucal entre as amostras.

Gráfico 1- Comparação dos percentuais de auto – avaliação do desempenho mastigatório entre os idosos avaliados em cada uma das amostras.

Tabela 3- Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com o grau de escolaridade, dos 300 idosos avaliados em Bauru.

Tabela 4 Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a renda mensal, dos 300 idosos avaliados em Bauru.

Tabela 5- Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a presença de dentes, dos 300 idosos avaliados em Bauru.

Tabela 6 - Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a queixa de ansiedade, dos 300 idosos avaliados em Bauru.

5.2- Ocorrência de queixas de problemas bucais:

Tabela 7- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos idosos avaliados em cada uma das 3 amostras.

Tabela 8- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados em relação ao grau de escolaridade.

Tabela 9- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados , em relação à renda mensal.

Tabela 10- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados relacionadas à presença de dentes.

Tabela 11- Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados relacionadas à queixa de ansiedade.

5.3- História médica pregressa:

Tabela 12- Condições médicas encontradas nos 300 idosos avaliados em Bauru.

Gráfico 2- Percentagem, por faixa etária, das principais doenças sistêmicas dos 300 idosos avaliados em Bauru.

Tabela 13- Medicamentos rotineiramente usados pelos 300 idosos avaliados em Bauru.

Gráfico 3- Comparação dos números de ocorrência dos principais vícios dos 300 idosos avaliados em Bauru, agrupados por gênero.

Tabela 14- Idosos que usam medicações por gênero e faixa etária.

5.4- Alterações bucais:

Tabela 15- Ocorrência de alterações bucais relacionadas ao grau de escolaridade, em 300 idosos avaliados em Bauru.

Tabela 16- Ocorrência de alterações bucais relacionadas a renda mensal, em 300 idosos avaliados em Bauru.

Tabela 17- Ocorrência de alterações bucais relacionadas à presença de dentes, em 300 idosos avaliados em Bauru.

5.5 – Condições de próteses, edentulismo:

Tabela 18- Condições da próteses usadas pelos idosos avaliados em Bauru.

Gráfico 4- Percentagem de próteses satisfatórias e insatisfatórias, encontradas nos idosos avaliados em Bauru.

Tabela 19- Lesões bucais associadas ao uso de prótese, relacionadas por gênero, nos idosos avaliados em Bauru.

Gráfico 5- Comparação dos percentuais de ocorrência, por gênero, das lesões associadas ao uso de próteses nos idosos avaliados em Bauru.

Tabela 20- Lesões bucais associadas ao uso de próteses relacionadas ao tempo de uso da prótese.

Tabela 21- Características sócio - demográficas de 136 idosos desdentados, avaliados em Bauru.

Tabela 22- Ocorrência do edentulismo, por faixa etária, em cada uma das 3 amostras analisadas.

Gráfico 6- Comparação dos percentuais de ocorrência do edentulismo, por faixa etária, entre as 3 amostras avaliadas.

Tabela 2 – Comparação do grau de satisfação em relação à saúde bucal entre as amostras .

Grau de satisfação em relação à saúde bucal	Amostra USC (n = 61)		Amostra Particular (n = 37)		Amostra PROMAI (n = 202)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Idosos satisfeitos com a condição bucal	24	39,3	26	70,2	84	41,5	$\chi^2 = 11,29$ p = 0,0035*
Idosos satisfeitos com o desempenho Mastigatório	35	57,3	27	72,9	96	47,5	$\chi^2 = 8,81$ p = 0,0122*
Idosos satisfeitos com a aparência de seus dentes ou dentaduras	33	54,0	27	72,9	117	57,9	$\chi^2 = 3,69$ p = 0,1581
Idosos que afirmaram que a condição bucal afeta sua qualidade de vida	23	37,7	9	24,3	94	46,5	$\chi^2 = 6,91$ p = 0,0315*
Idosos sem acesso ao atendimento odontológico (particular, convênio, outros)	3	4,9	1	2,7	31	15,3	$\chi^2 = 8,23$ p = 0,0163*

* Associação estatisticamente significativa (p < 0,05)

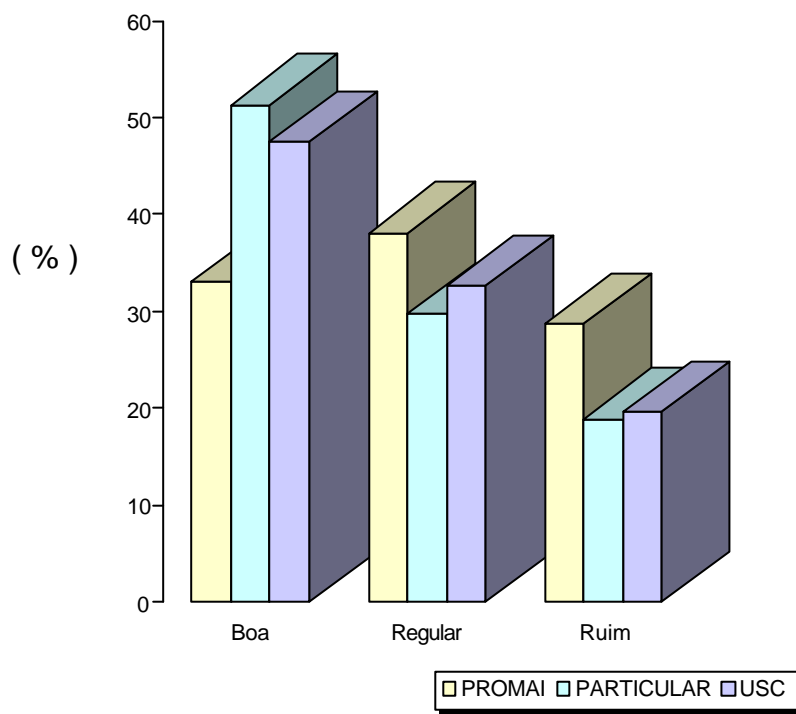


Gráfico 1- Comparação dos percentuais de auto - avaliação do desempenho mastigatório entre os idosos avaliados em cada uma das amostras .

Tabela 3- Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com o grau de escolaridade, dos 300 idosos avaliados em Bauru.

Grau de satisfação em relação à saúde bucal (n = 300)	Grau de escolaridade				χ^2 p
	A (56) n %	1ºGrau (177) n %	2ºGrau (38) n %	3ºGrau (27) n %	
Idosos satisfeitos com a condição bucal (134 44,6%)	25 44,6	81 45,7	17 44,7	12 44,4	$\chi^2 = 0,04$ p=0,9981
Idosos satisfeitos com o desempenho Mastigatório (158 52,6%)	28 50,0	92 51,9	20 52,6	18 66,6	$\chi^2 = 2,30$ p=0,5119
Idosos satisfeitos com a aparência de seus dentes ou dentaduras (177 59%)	33 48,9	103 58,1	26 68,4	15 55,5	$\chi^2 = 1,56$ p=0,6685
Idosos que afirmaram que a condição bucal afeta sua qualidade de vida (126 42%)	26 46,4	77 43,5	14 36,8	9 33,3	$\chi^2 = 1,85$ p=0,6042
Idosos sem acesso ao atendimento odontológico (particular, convênio, outros) (35 11,6%)	16 28,5	18 0,1	1 2,6	0 0,0	$\chi^2 = 22,36$ p<0,0001*

* Associação estatisticamente significante (p< 0,05)

Tabela 4 - Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a renda mensal, dos 300 idosos avaliados em Bauru.

Grau de satisfação em relação à saúde bucal (n = 300)	Renda mensal (Salário Mínimos)					χ^2 p
	1 - 5 (192) n %	6- 10 (76) n %	11- 15 (14) n %	16- 20 (12) n %	21 - + (6) n %	
Idosos satisfeitos com a condição bucal (134 44,6%)	83 43,2	35 46,0	6 42,8	7 58,3	3 50,0	$\chi^2=1,21$ p=0,8758
Idosos satisfeitos com o desempenho Mastigatório (158 52,6%)	90 46,8	47 61,8	9 64,2	8 66,6	4 66,6	$\chi^2= 7,33$ p=0,1197
Idosos satisfeitos com a aparência de seus dentes ou dentaduras (177 59%)	111 57,8	46 60,5	7 50,0	8 66,6	5 83,3	$\chi^2= 2,41$ p=0,6601
Idosos que afirmaram que a condição bucal afeta sua qualidade de vida (126 42%)	92 47,9	23 30,2	5 35,7	3 25,0	3 50,0	$\chi^2= 8,87$ p=0,0646
Idosos sem acesso ao atendimento odontológico (particular, convênio, outros) (35 11,6%)	34 17,7	1 1,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	$\chi^2=18,93$ p=0,0008*

* Associação estatisticamente significativa (p < 0,05)

Tabela 5 - Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a presença de dentes , dos 300 idosos analisados.

Grau de satisfação em relação à saúde bucal (N =300)	Presença de dentes				χ^2 p
	Sim (164)		Não (136)		
	n	%	n	%	
Idosos satisfeitos com a condição bucal (134 44,6%)	68	41,4	66	48,5	$\chi^2 = 1,50$ p=0,2204
Idosos satisfeitos com o desempenho Mastigatório (158 52,6%)	92	56,0	66	48,5	$\chi^2 = 1,71$ p=0,1912
Idosos satisfeitos com a aparência de seus dentes ou dentaduras (177 59%)	88	53,6	89	65,4	$\chi^2 = 4,27$ p= 0,0389*
Idosos que afirmaram que a condição bucal afeta sua qualidade de vida (126 42%)	88	53,6	56	41,1	$\chi^2 = 5,62$ p= 0,0177*
Idosos sem acesso ao atendimento odontológico (particular, convênio, outros) (35 11,6%)	16	9,7	19	13,9	$\chi^2 = 1,28$ p=0,2576

* Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabela 6 - Grau de satisfação em relação à saúde bucal de acordo com a queixa de ansiedade, dos 300 idosos analisados.

Grau de satisfação em relação à saúde bucal (N =300)	Queixa de ansiedade		χ^2 p
	Sim (123) n %	Não (177) n %	
Idosos satisfeitos com a condição bucal (134 44,6%)	43 34,9	91 51,4	$\chi^2 = 7,95$ p=0,0048*
Idosos satisfeitos com o desempenho Mastigatório (158 52,6%)	55 44,7	103 58,1	$\chi^2 = 5,29$ p= 0,0215*
Idosos satisfeitos com a aparência de seus dentes ou dentaduras (177 59%)	57 46,3	120 67,7	$\chi^2 = 13,81$ p= 0,0002*
Idosos que afirmaram que a condição bucal afeta sua qualidade de vida (126 42%)	63 51,2	63 35,5	$\chi^2 = 7,27$ p=0,0070*
Idosos sem acesso ao atendimento odontológico (particular, convênio, outros) (35 11,6%)	13 10,5	22 12,4	$\chi^2 = 0,24$ p= 0,6216

* Associação estatisticamente significante (p<0,05)

Tabela 7- Ocorrência de queixas de problemas bucais, dos idosos analisados em cada uma das 3 amostras.

Queixa de problemas bucais (N =300)	Amostra USC (n = 61)		Amostra Particular (n = 37)		Amostra PROMAI (n = 202)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Idosos com queixa de dor de dentes ou problemas gengivais	33	54,0	8	21,6	47	23,2	$\chi^2=22,70$ p<0,0001*
Idosos com queixa de desconforto bucal	21	34,4	4	10,8	54	26,7	$\chi^2= 6,67$ p= 0,0356*
Idosos com queixa de dificuldades de abrir ou fechar a boca	3	4,9	1	2,7	11	5,4	$\chi^2= 0,50$ p=0,7802
Idosos com queixas de problemas de fala ou conversação relacionado ao uso de prótese	20	32,7	5	13,5	42	20,7	$\chi^2= 5,78$ p=0,0556
Idosos com queixa de boca seca	28	45,9	22	59,4	125	61,8	$\chi^2= 4,94$ p=0,0844
Idosos com queixa de boca seca que fazem uso de medicação xerostômica	17	27,8	15	40,5	97	48,0	$\chi^2= 7,87$ p=0,0196*
Idosos com queixa de boca seca e com constatação clínica de diminuição de fluxo salivar não estimulado	18	29,5	6	16,2	7	36,6	$\chi^2=38,87$ p<0,0001*
Idosos com queixa de dificuldades de engolir	13	21,3	3	8,1	13	6,4	$\chi^2= 11,99$ p= 0,0025*
Idosos com queixa de perda de paladar	3	4,9	3	8,1	9	4,4	$\chi^2= 0,88$ p=0,6442
Idosos com queixa de perda de olfato	4	6,5	4	10,8	19	9,4	$\chi^2= 0,63$ p=0,7286

* Associação estatisticamente significativa (p<0,05)

Tabela 8 - Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos avaliados, em relação ao grau de escolaridade.

Queixa de problemas bucais (N= 300)	Escolaridade								χ^2 P
	A (56)		1º grau (177)		2º grau (38)		3º grau (27)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idosos com queixa de dor de dentes ou problemas gengivais (88 29,3%)	10	17,8	50	28,2	17	44,7	11	40,7	$\chi^2=9,66$ p=0,0217*
Idosos com queixa de desconforto bucal (79 26,3%)	12	21,4	44	24,8	14	36,8	9	33,3	$\chi^2=3,72$ p=0,2936
Idosos com queixa de dificuldades de abrir ou fechar a boca (15 5%)	5	8,9	6	3,3	3	7,8	1	3,7	$\chi^2=3,53$ p=0,3171
Idosos com queixas de problemas de fala ou conversação relacionado ao uso de prótese (67 22,3%)	7	12,5	41	23,1	9	23,6	10	37,0	$\chi^2= 6,56$ p=0,0872
Idosos com queixa de boca seca (175 58,3%)	47	83,9	101	57,0	23	60,5	14	51,8	$\chi^2= 14,49$ p=0,0023*
Idosos com queixa de boca seca que fazem uso de medicação xerostômica (129 43%)	27	48,2	81	45,7	17	44,7	4	14,8	$\chi^2=9,94$ p=0,0190*
Idosos com queixa de boca seca e com constatação clínica de diminuição de fluxo salivar não estimulado (96 32%)	20	35,7	60	33,8	11	28,9	5	18,5	$\chi^2= 3,05$ p=0,3841
Idosos com queixa de dificuldades de engolir (29 9,6%)	6	10,7	14	7,9	4	10,5	5	18,5	$\chi^2= 3,13$ p=0,3719
Idosos com queixa de perda de paladar (15 5%)	7	12,5	5	2,8	1	2,6	2	7,4	$\chi^2=9,11$ p=0,0278*
Idosos com queixa de perda de olfato (27 9%)	10	17,8	15	8,4	1	2,6	1	3,7	$\chi^2= 8,18$ p=0,0424*

* Associação estatisticamente significante (p<0,05)

Tabela 9 - Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos analisados, em relação à renda mensal.

Queixa de problemas bucais (n= 300)	Renda Mensal (Salários Mínimos)					χ^2 p					
	1-5 (192)		6-10 (76)		11-15 (14)		16-20 (12)		21-+ (6)		
	n	%	n	%	n		%	n	%	n	%
Idosos com queixa de dor de dentes ou problemas gengivais (88 29,3%)	46	23,9	29	38,1	6	42,8	5	41,6	2	33,3	$\chi^2 = 7,69$ p=0,1035
Idosos com queixa de desconforto bucal (79 26,3%)	49	25,5	21	27,6	6	42,8	2	16,6	1	16,6	$\chi^2 = 2,97$ p=0,5630
Idosos com queixa de dificuldades de abrir ou fechar a boca (15 5%)	12	6,2	1	1,3	1	7,1	1	8,3	0	0,0	$\chi^2 = 3,54$ p=0,4726
Idosos com queixas de problemas de fala ou conversação relacionado ao uso de prótese (67 22,3%)	41	21,3	21	27,6	3	21,4	1	8,3	1	16,6	$\chi^2 = 2,81$ p=0,5902
Idosos com queixa de boca seca (175 58,3%)	118	61,4	43	56,5	6	42,8	5	41,6	3	50	$\chi^2 = 3,79$ p=0,4352
Idosos com queixa de boca seca que fazem uso de medição xerostômica (129 43%)	88	45,8	31	40,7	5	35,7	4	33,3	1	16,6	$\chi^2 = 3,24$ p=0,5187
Idosos com queixa de boca seca e com constatação clínica de diminuição de fluxo salivar não estimulado (96 32%)	70	36,4	20	26,3	3	21,4	1	8,3	2	33,3	$\chi^2 = 6,70$ p=0,1529
Idosos com queixa de dificuldades de engolir (29 9,6%)	17	8,8	8	10,5	2	14,2	2	16,6	0	0,0	$\chi^2 = 1,87$ p=0,7602
Idosos com queixa de perda de paladar (15 5%)	11	5,7	3	3,9	0	0,0	0	0,0	1	16,6	$\chi^2 = 3,48$ p=0,4809
Idosos com queixa de perda de olfato (27 9%)	21	10,9	5	6,5	0	0,0	1	8,3	0	0,0	$\chi^2 = 3,41$ p=0,4919

Tabela 10 - Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos analisados, relacionadas à presença ou não de dentes.

Queixa de problemas bucais (n = 300)	Presença de dentes				χ^2 p
	Sim (164)		Não (136)		
	n	%	n	%	
Idosos com queixa de dor de dentes ou problemas gengivais (88 29,3%)	88	53,6	-	-	-
Idosos com queixa de desconforto bucal (79 26,3%)	38	23,1	41	30,1	$\chi^2 = 1,87$ p=0,1720
Idosos com queixa de dificuldades de abrir ou fechar a boca (15 5%)	9	5,4	6	4,4	$\chi^2 = 0,18$ p=0,6703
Idosos com queixas de problemas de fala ou conversação relacionado ao uso de prótese (67 22,3%)	35	21,3	32	23,5	$\chi^2 = 0,2052$ p=0,6506
Idosos com queixa de boca seca (175 58,3%)	94	57,3	81	59,5	$\chi^2 = 0,15$ p= 0,6950
Idosos com queixa de boca seca que fazem uso de medição xerostômica (129 43%)	66	40,2	63	46,3	$\chi^2 = 1,12$ p=0,2897
Idosos com queixa de boca seca e com constatação clínica de diminuição de fluxo salivar não estimulado (96 32%)	45	27,4	51	37,5	$\chi^2 = 3,46$ p=0,0629
Idosos com queixa de dificuldades de engolir (29 9,6%)	16	9,7	13	9,5	$\chi^2 = 0,01$ p=0,9541
Idosos com queixa de perda de paladar (15 5%)	13	7,9	2	1,4	p=0,0143*
Idosos com queixa de perda de olfato (27 9%)	21	12,8	6	4,4	$\chi^2 = 6,39$ p=0,0114*

* Associação estatisticamente significativa (p< 0,05)

Tabela 11 - Ocorrência de queixas de problemas bucais dos 300 idosos analisados, relacionadas à queixa de ansiedade.

Queixa de problemas bucais (n = 300)	Ansiedade				χ^2 p
	Sim (123)		Não (177)		
	n	%	n	%	
Idosos com queixa de dor de dentes ou problemas gengivais (88 29,3%)	44	35,7	44	24,8	$\chi^2 = 4,17$ p=0,0412*
Idosos com queixa de desconforto bucal (79 26,3%)	45	36,5	34	19,2	$\chi^2 = 11,30$ p=0,0008*
Idosos com queixa de dificuldades de abrir ou fechar a boca (15 5%)	10	8,1	5	2,8	$\chi^2 = 4,30$ p=0,0381*
Idosos com queixas de problemas de fala ou conversação relacionado ao uso de prótese (67 22,3%)	38	30,8	29	16,3	$\chi^2 = 8,81$ p=0,0030*
Idosos com queixa de boca seca (175 58,3%)	81	65,8	94	53,1	$\chi^2 = 4,85$ p=0,0276*
Idosos com queixa de boca seca que fazem uso de medição xerostômica (129 43%)	63	51,2	66	37,2	$\chi^2 = 5,75$ p=0,0165*
Idosos com queixa de boca seca e com constatação clínica de diminuição de fluxo salivar não estimulado (96 32%)	47	38,2	49	27,6	$\chi^2 = 3,70$ p=0,0545
Idosos com queixa de dificuldades de engolir (29 9,6%)	13	10,5	16	9,0	$\chi^2 = 0,19$ p=0,6593
Idosos com queixa de perda de paladar (15 5%)	2	1,6	13	7,3	p=0,0301*
Idosos com queixa de perda de olfato (27 9%)	4	3,2	23	12,9	p=0,0036*

* Associação estatisticamente significativa (p< 0,05)

Tabela 12 - Condições médicas encontradas nos 300 idosos avaliados em Bauru.

Condições Médicas		N	%
Doenças	Hipertensão	66	22,0
Cardiovasculares	AVC	10	3,3
	Outras cardiopatias	60	20,0
Doenças	Bronquite	16	5,3
Respiratórias	Enfisema	5	1,6
Doenças	Reumáticas	157	52,3
Doença renal		32	10,6
Ansiedade		123	41,0
Depressão		123	41,0
Diabete mellitus		60	20,0
Doenças hematológicas		50	16,6
Neoplasias	mama	7	2,3
	Útero	13	4,3
	Próstata	8	2,6
	Pele	3	1,0
Osteoporose		53	17,6
Outras	Gastrite	38	12,6
	Labirintite	35	11,6
	Tonturas	24	8,0
	Varizes	19	6,3

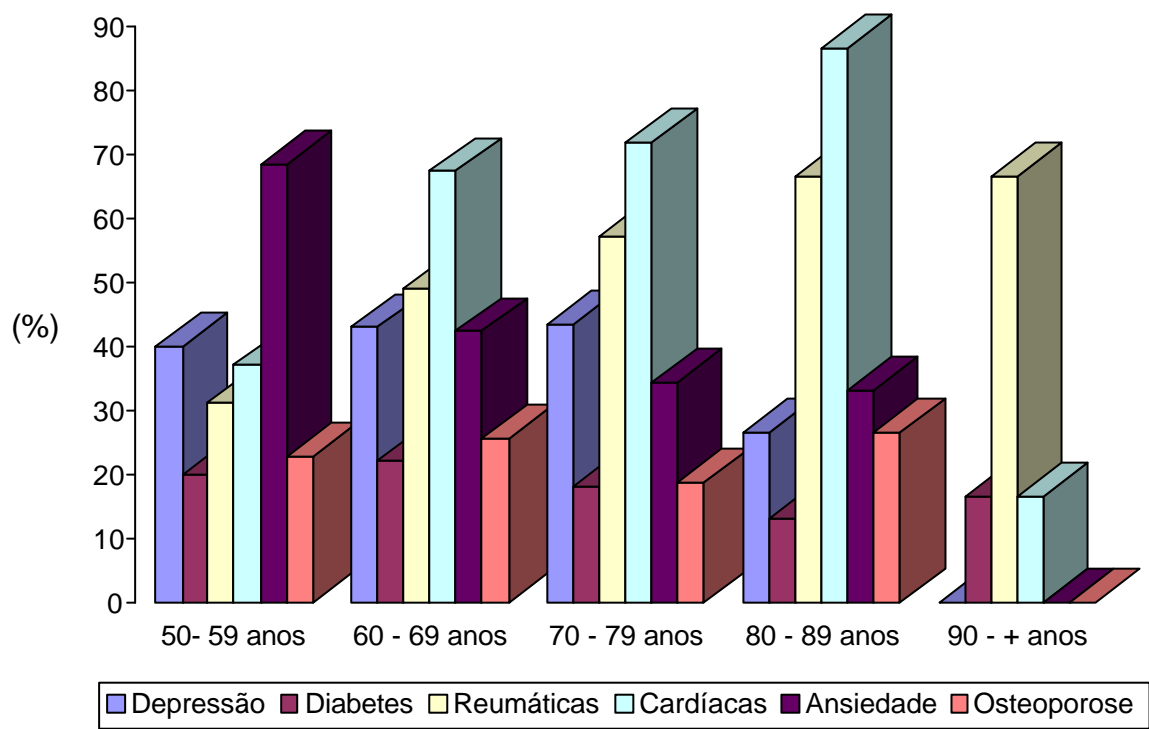


Gráfico 2- Percentagem, por faixa etária, da prevalência das principais doenças sistêmicas dos 300 Idosos avaliados em Bauru.

Tabela 13 – Medicamentos rotineiramente usadas pelos 300 idosos avaliados em Bauru.

Grupo de drogas	N	%
Analgésicos	2	0,6
Antihipertensivos	170	56,6
Psicotrópicos	57	19,0
Hormônios	39	13,0
Hipoglicêmicos orais	52	17,3
Trombolíticos	34	11,3
Antiinflamatórios	58	19,3
Vitaminas	35	11,6
Antiácidos	18	6,0
Insulina	6	2,0
Digitálicos	48	16,0
Beta bloqueadores	45	15,0
Outros	110	36,6

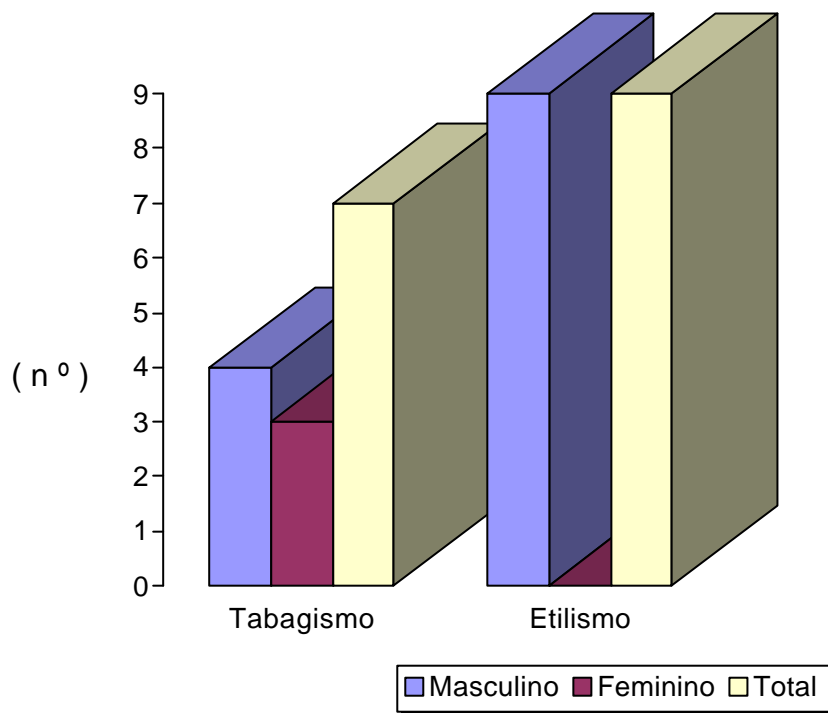


Gráfico 3- Comparação do número de ocorrência dos principais vícios dos 300 idosos avaliados, agrupados por gênero.

Tabela 14 – Idosos que usam medicações por gênero e faixa etária.

Variável	Grupo	N	Idosos que usam medicações	
			n	%
Idade (anos)	50 – 59	37	31	83,7
	60 – 69	132	126	95,4
	70 – 79	110	105	95,4
	80 – 89	15	15	100,0
	90 - +	6	6	100,0
Gênero	Masculino	86	76	88,3
	Feminino	214	207	96,7
Total		300	283	94,3

Tabela 15 – Ocorrência de alteração bucais, relacionadas com o grau de escolaridade, em 300 idosos avaliados em Bauru.

Alterações bucais	n %		Escolaridade							
			A (56)		1º grau (177)		2º grau (38)		3º grau (27)	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Queilite actínica	11	3,6	4	7,1	4	2,2	2	5,2	1	3,7
Queilite angular	17	5,6	4	7,3	13	7,3	1	2,6	0	0,0
Afta (Lábios)	2	0,6	2	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herpes Labial	3	1,0	0	0,0	1	0,5	1	2,6	1	3,7
Varizes (Lábios)	4	1,3	2	3,5	2	1,1	0	0,0	0	0,0
Leucoplasia (Mucosa jugal)	3	1,0	1	1,7	0	0,0	2	5,2	0	0,0
Líquen Plano (Mucosa jugal)	3	1,0	0	0,0	2	1,1	1	2,6	0	0,0
Varizes (Mucosa jugal)	6	2,0	2	3,5	3	1,6	1	2,6	0	0,0
Hiperplasia fibrosa inflam. (Mucosa jugal)	4	1,3	0	0,0	4	2,2	0	0,0	0	0,0
Língua Geográfica	16	5,3	4	7,1	8	4,5	3	7,8	1	3,7
Língua Saburrosa	82	27,3	12	21,4	54	30,0	8	21,0	8	29,6
Língua Fissurada	43	14,3	8	14,2	28	15,8	5	13,1	2	7,4
Língua Atrófica	8	2,6	1	1,7	4	2,2	2	5,2	1	3,7
Língua Varicosa	35	11,6	14	25,0	18	10,1	2	5,2	1	3,7
Afta (Língua)	2	0,6	1	1,7	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Glossite romboidal mediana	5	1,6	0	0,0	4	2,2	1	2,6	0	0,0
Sialolitíase (Soalho de boca)	1	0,3	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Afta (Soalho de boca)	3	1,0	1	1,7	2	1,1	0	0,0	0	0,0
Varizes (Soalho de boca)	1	0,3	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hiperplasia fibrosa inflam. (Soalho de boca)	1	0,3	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Candidíase crônica eritematosa (Palato)	77	25,6	18	32,1	52	29,3	4	10,5	3	11,1
Estomatite nicotínica	2	0,6	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Hiperplasia fibrosa inflam. (Palato)	5	1,6	2	3,5	3	1,6	0	0,0	0	0,0
Leucoplasia (Mucosa alveolar)	9	3,0	3	5,3	5	2,8	1	2,6	0	0,0
Afta (Mucosa alveolar)	2	0,6	0	0,0	2	1,1	0	0,0	0	0,0
Tatuagem de amálgama (Mucosa alveolar)	3	1,0	0	0,0	1	0,5	2	5,2	0	0,0
Hiperplasia fibrosa inflam (Mucosa alveolar)	6	2,0	2	3,5	3	1,6	1	2,6	0	0,0
Gengivite	58	19,3	9	16,0	29	16,3	13	34,2	7	25,9

Tabela 16 – Ocorrência de alteração bucais relacionadas com renda mensal, de 300 idosos avaliados em Bauru.

Alterações Bucais	n %		Renda mensal (Salários Mínimos)				
			1 - 5 (192)	6 - 10 (76)	11 - 15 (14)	16 - 20 (12)	21 - + (6)
			n %	n %	n %	n %	n %
Queilite actínica	11	3,6	8 4,1	3 3,9	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Queilite angular	17	5,6	15 7,8	2 2,6	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Afta (Lábios)	2	0,6	1 0,5	1 1,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Herpes Labial	3	1,0	1 0,5	2 2,6	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Varizes (Lábios)	4	1,3	2 1,0	2 2,6	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Leucoplasia (Mucosa jugal)	3	1,0	3 1,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Líquen plano (Mucosa jugal)	3	1,0	2 1,0	1 1,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Varizes (Mucosa jugal)	6	2,0	3 1,5	3 3,9	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Hiperplasia fibrosa inflam. (Mucosa jugal)	4	1,3	3 1,5	1 1,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Língua Geográfica	16	5,3	10 5,2	4 5,2	0 0,0	1 8,3	1 16,6
Língua Saburrosa	82	27,3	55 28,6	18 23,6	4 28,5	2 16,6	3 50
Língua Fissurada	4	14,3	30 15,6	11 14,4	0 0,0	2 16,6	0 0,0
Língua Atrófica	8	2,6	5 2,6	1 1,3	1 7,1	0 0,0	1 16,6
Língua Varicosa	35	11,6	25 13,0	8 10,5	1 7,1	1 8,3	0 0,0
Afta (Língua)	2	0,6	1 0,5	1 1,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Glossite romboidal mediana	5	1,6	3 1,5	1 1,3	0 0,0	1 8,3	0 0,0
Sialolitíase (Soalho de Boca)	1	0,3	1 0,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Afta (Soalho de Boca)	3	1,0	2 1	1 1,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Varizes (Soalho de Boca)	1	0,3	1 0,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Hiperplasia fibrosa inflam. (Soalho de Boca)	1	0,3	1 0,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Candidíase crônica eritematosa (Palato)	77	25,6	49 25,5	22 28,9	2 14,2	4 33,3	0 0,0
Estomatite nicotínica	2	0,6	1 0,5	1 1,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Hiperplasia fibrosa inflam. (Palato)	5	1,6	4 2,0	1 1,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Leucoplasia (Mucosa alveolar)	9	3,0	7 3,6	2 2,6	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Afta (Mucosa alveolar)	2	0,6	0 0,0	2 2,6	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Tatuagem de amálgama (Mucosa alveolar)	3	1,0	0 0,0	2 2,6	0 0,0	1 8,3	0 0,0
Hiperplasia fibrosa inflam. (Mucosa alveolar)	6	2,0	5 2,6	0 0,0	0 0,0	1 8,3	0 0,0
Gengivite	58	19,3	33 17,1	18 23,6	3 21,4	2 16,6	2 33,3

Tabela 17 - Ocorrência de alteração bucais relacionadas com presença ou não de dentes, de 300 idosos de Bauru.

Alterações bucais	n	%	Presença de dentes				χ^2 p
			Sim (164)		Não (136)		
			n	%	n	%	
Queilite actínica	11	3,6	7	4,2	4	2,9	
Queilite angular	17	5,6	3	1,8	14	10,2	$\chi^2 = 9,97$ P=0,0016*
Afta (Lábios)	2	0,6	2	1,2	0	0,0	
Herpes Labial	3	1,0	3	1,8	0	0,0	
Varizes (Lábios)	4	1,3	0	0,0	4	2,9	
Leucoplasia (mucosa jugal)	3	1,0	1	0,6	2	1,4	
Líquen plano (mucosa jugal)	3	1,0	2	1,2	1	0,7	
Varizes (mucosa jugal)	6	2,0	2	1,2	4	2,9	
Hiperplasia fibrosa inflamatória (mucosa jugal)	4	1,3	2	1,2	2	1,4	
Língua Geográfica	16	5,3	7	4,2	9	6,6	
Língua Saburrosa	82	27,3	43	26,2	39	28,6	
Língua Fissurada	43	14,3	21	12,8	22	16,1	
Língua Atrófica	8	2,6	5	3,0	3	2,2	
Língua Varicosa	35	11,6	16	9,7	19	13,9	
Afta (Língua)	2	0,6	0	0,0	2	1,4	
Glossite romboidal mediana	5	1,6	4	2,4	1	0,7	
Sialolitíase (soalho de boca)	1	0,3	0	0,0	1	0,7	
Afta (soalho de boca)	3	1,0	0	0,0	3	2,2	
Varizes (soalho de boca)	1	0,3	1	0,6	0	0,0	
Hiperplasia fibrosa inflam. (soalho de boca)	1	0,3	0	0,0	1	0,7	
Candidíase crônica eritematosa (palato)	77	25,6	30	18,2	47	34,5	$\chi^2 = 10,31$ P= 0,0013*
Estomatite nicotínica	2	0,6	1	0,6	1	0,7	
Hiperplasia fibrosa inflamatória (palato)	5	1,6	1	0,6	4	2,9	
Leucoplasia (mucosa alveolar)	9	3,0	2	1,2	7	5,1	
Afta (mucosa alveolar)	2	0,6	0	0,0	2	1,4	
Tatuagem de amálgama (mucosa alveolar)	3	1,0	3	1,8	0	0,0	
Hiperplasia fibrosa inflamatória (mucosa alveolar)	6	2,0	2	1,2	4	2,9	
Gengivite	58	19,3	58	35,3	0	0,0	

* Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabela 18 – Condições dos conjuntos de próteses usados pelos idosos avaliados em Bauru

Prótese	Satisfatória		Insatisfatória		Total
	N	%	N	%	
Prótese Parcial Fixa de maxila	8	80,0	2	20,0	10
Prótese Parcial Fixa de mandíbula	5	83,3	1	16,3	6
Prótese Parcial Removível de maxila e mandíbula	9	47,3	10	52,6	19
Prótese total de maxila e mandíbula	33	33,6	65	66,3	98
Prótese total de maxila e Prótese Parcial Removível mandíbula	7	21,8	25	78,1	32
Prótese total de maxila	17	25,3	50	74,6	67
Total					232

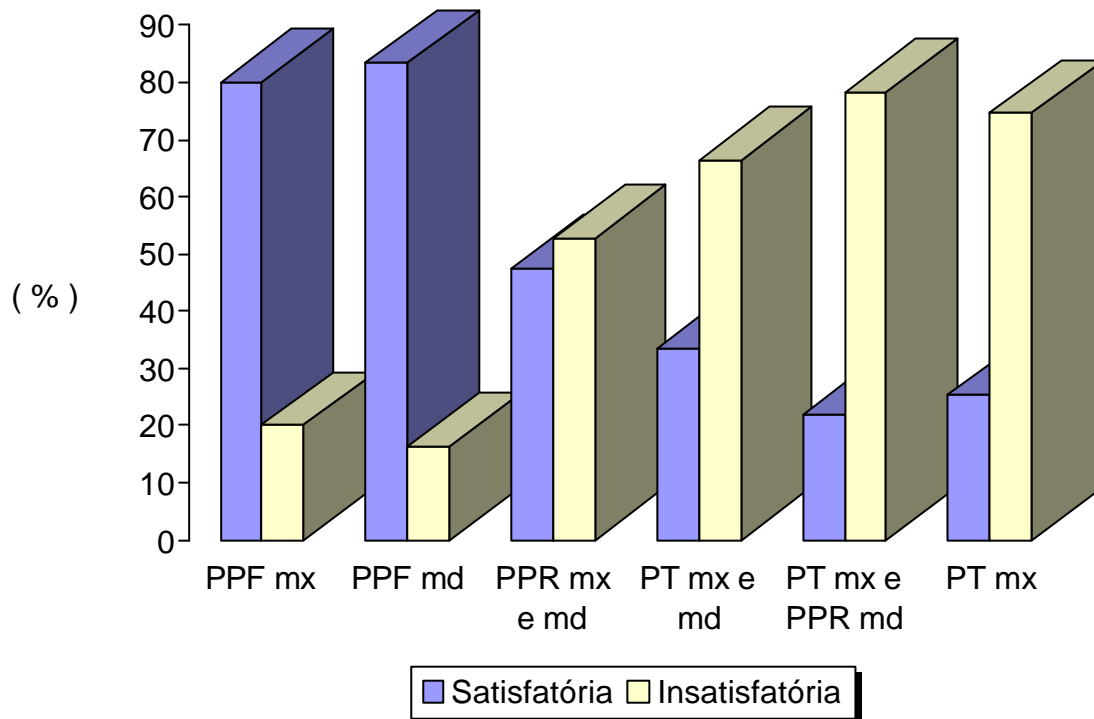


Gráfico 4- Percentagem de próteses satisfatórias e insatisfatórias, encontradas nos idosos avaliados em Bauru.

Tabela 19 - Lesões bucais associadas ao uso de próteses, relacionadas, por gênero, nos idosos avaliados em Bauru.

Lesões bucais	Masculino (n= 65)*		Feminino (n=167)*		Total (n= 232)*		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Quelíte angular	4	6,1	13	7,7	17	7,3	p= 0,7852
Candidíase crônica eritematosa	9	13,8	68	40,7	77	33,1	$\chi^2 = 15,24$ p< 0,0001**
Hiperplasia fibrosa inflamatória	4	6,1	10	5,9	14	6,0	p= 1,0000
Ulcerações	2	3,0	3	1,7	5	2,1	p= 0,6212
Total	19	9,2	94	56,2	113	48,7	$\chi^2 = 13,71$ p = 0,0002**

*Obs. Número de idosos com próteses.

** Associação estatisticamente significante (p< 0,05)

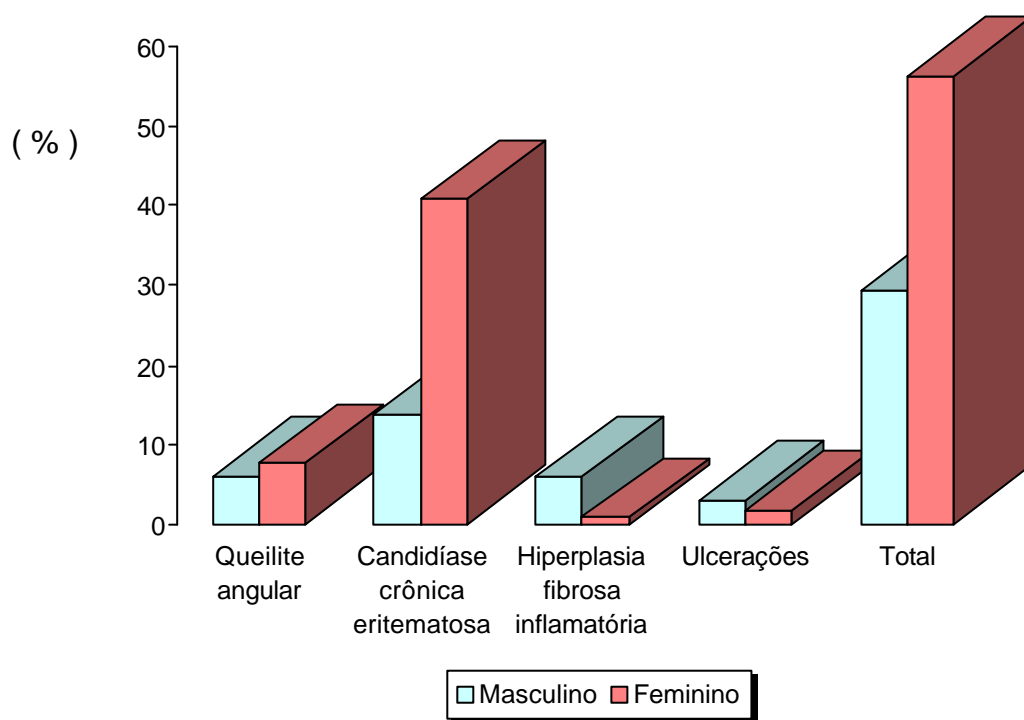


Gráfico 5 - Comparação dos percentuais de ocorrência, por gênero, das lesões associadas ao uso de próteses nos idosos avaliados em Bauru.

Tabela 20 - Lesões bucais associadas ao uso de prótese relacionadas ao tempo de uso da prótese.

Lesões bucais associadas ao uso de prótese	Tempo de uso da prótese						Total
	1-5 anos (79)	6-10 anos (56)	11-15 anos (23)	16-20 anos (23)	21-30 anos (24)	31 -+ anos (11)	
Queilite angular	5 6,3%	3 5,3%	2 8,6%	3 13,0%	3 12,5%	1 10,0%	17
Candidíase crônica eritematosa*	26 32,9%	21 37,5%	6 26,0%	9 39,1%	12 50,0%	3 30,0%	77
Hiperplasia fibrosa inflamatória	2 2,5%	0 0,0%	3 13,0%	1 4,3%	1 4,1%	7 70,0%	14
Ulcerações	5 6,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	5
total	38 48,1%	24 42,8%	11 47,8%	13 56,5%	16 66,6%	11 100,0%	113

* $\chi^2 = 3,87$

p = 0,5681

Tabela 21 – Principais características sócio – demográficas de 136 idosos desdentados, avaliados em Bauru.

Características		Edentulismo (136 45,3%)			
Sócio- demográficas		n	% dos desdentados	% da categoria	χ^2
Gênero	Masculino	35	25,7	40,7	$\chi^2 = 1,05$ p = 0,3066
	Feminino	101	74,2	47,1	
Procedência	Zona rural	90	66,1	58,0	$\chi^2 = 20,97$ p < 0,0001**
	Zona Urbana	46	33,8	31,7	
Escolaridade	Analfabeto	39	28,6	69,6	$\chi^2 = 47,01$ p < 0,0001**
	1º Grau	90	66,1	50,8	
	2º Grau	5	3,6	13,1	
	3º Grau	2	1,4	7,4	
Renda mensal	1- 5 SM *	106	77,9	55,2	$\chi^2 = 22,79$ p < 0,0001**
	6 - 10 SM	24	17,6	31,5	
	11- 15 SM	2	1,4	14,2	
	16 - 20 SM	3	2,2	25,0	
	21 e + SM	1	0,7	16,6	

* Salário Mínimos = R\$ 136,00 / US\$ 75.5

** Associação estatisticamente significativa (p < 0,05)

Tabela 22 - Ocorrência do edentulismo, por faixa etária, em cada uma das 3 amostras analisadas.

Faixa etária (anos)	Amostra USC		Amostra PARTICULAR		Amostra PROMAI		Total	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
50 – 59	3 (28)	10,7	1 (1)	100	2 (8)	25,0	6 (37)	16,2
60 – 69	2 (24)	8,3	2 (14)	14,2	51 (94)	54,2	55 (132)	41,6
70 – 79	3 (9)	33,3	10 (17)	58,8	48 (84)	57,1	61 (110)	55,4
80 – 89	–		1 (4)	25,0	8 (11)	72,7	9 (15)	60,0
90 – e +	–		–		5 (5)	100,0	5 (5)	100,0

Obs.: Os números entre parênteses se referem ao total de pessoas em cada faixa etária.

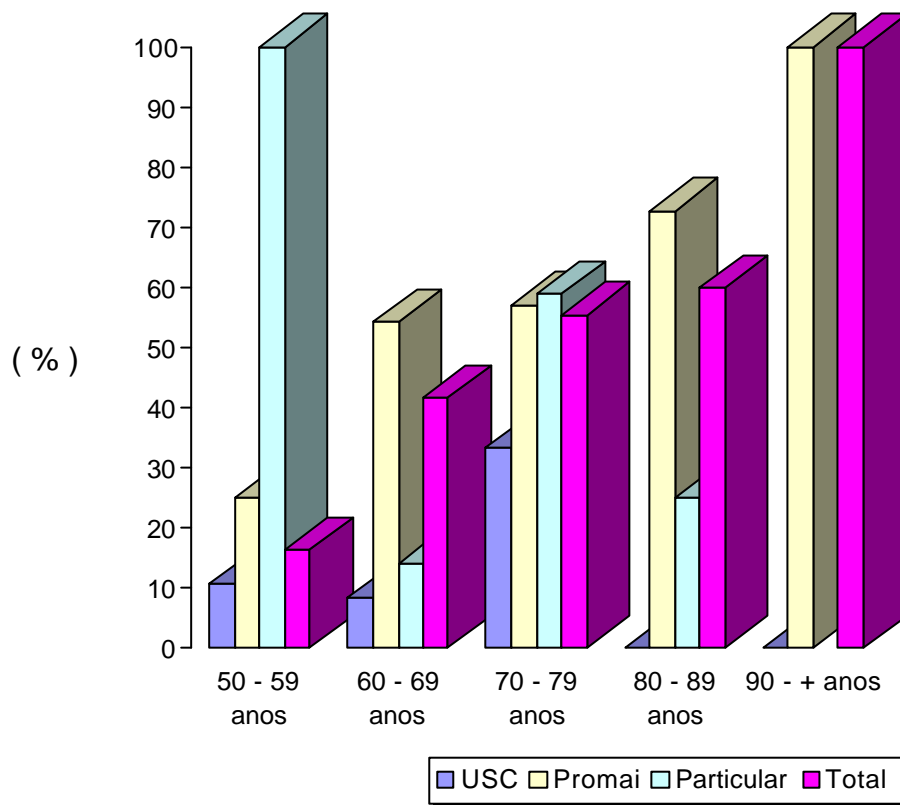


Gráfico 6- Comparação dos percentuais de ocorrência do edentulismo, por faixa etária, entre as 3 amostras avaliadas.

6- DISCUSSÃO

6 - Discussão:

6.1 - Considerações gerais:

O aumento da população idosa é um fenômeno evidente em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento. O crescimento da faixa populacional acima de 65 anos e seu impacto socioeconômico na prestação de serviços de saúde despertaram nos países do primeiro mundo, o interesse de agências privadas e governamentais pela pesquisa dos processos de envelhecimento e de prestação de serviços para o idoso. Quanto maior for a expectativa de vida de uma população, maior deverá ser a importância da sua qualidade de vida. Também para o idoso, a qualidade de vida está relacionada diretamente com a saúde bucal, pois uma saúde bucal reduzida pode lhe afetar o nível nutricional, o bem estar físico, mental e social ⁸³.

O Brasil, como outros países em desenvolvimento, também está envelhecendo e, segundo projeções estatísticas ⁷⁴, o crescimento da nossa faixa populacional acima de 60 anos é o mais acelerado no mundo. Em poucos anos, a população brasileira terá proporção de idosos igual a da maioria dos países europeus, os quais tiveram esta transição demográfica de forma mais lenta e, mesmo assim, não conseguiram equacioná-la devidamente.

No Brasil o principal impacto no setor de saúde, nesta segunda metade do século, tem sido dado pelo aumento quer absoluto quer relativo de nossa população

adulta e idosa. As mudanças demográficas acarretarão conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, às quais ainda não estamos preparados para enfrentar.

Embora seja observado um declínio da cárie dentária em nível populacional, ela ainda é responsável por 70% das exodontias realizadas em pessoas adultas. À medida em que diminui o nível socioeconômico, a situação torna-se mais evidente⁴. A maioria da população brasileira não tem condições de suprir as suas necessidades básicas (50% da população economicamente ativa não recebem mais que um salário mínimo por mês)⁴. Como, em geral, os problemas dentários e dos tecidos moles não são letais, esta parcela da população não inclui a saúde bucal nas suas prioridades. O mesmo se dá com a maioria da população idosa, para qual a aposentadoria representa uma condição socioeconômica injusta e inadequada que acaba dificultando-lhe o acesso a tratamentos dentários preventivos e curativos .

A odontologia, como outras áreas da saúde, tem papel relevante frente à faixa populacional idosa e tem grandes desafios a vencer. Toda classe odontológica deve encorajar a mudança e a remoção de velhos estereótipos da sociedade, dos idosos e dos próprios profissionais da área , como o de que uma deterioração da cavidade bucal e da capacidade mastigatória são fenômenos inevitáveis do envelhecimento. O dentista deve estar preparado para o atendimento de uma população mais idosa. Os serviços públicos de saúde bucal devem, incluir em sua programação, ações odontológicas preventivas e curativas voltadas à terceira idade. Além disso, o ensino e a pesquisa na área de odontologia geriátrica devem ser promovidos e enfatizados de forma acelerada, de modo que as necessidades odontológicas desta faixa populacional crescente possam ser atendidas satisfatoriamente. O atraso na adoção destas medidas manterá inalterada a

precariedade de saúde bucal desta faixa etária. Os índices de perda dentária, de doenças periodontais e de edentulismo continuarão sendo altos.

Como enfatizou MARINO ⁴⁶, são poucos, na América Latina, os estudos voltados para a saúde bucal do idoso, sendo que a maioria deles se concentrou na determinação de índices de cárie e do uso de próteses. Poucos foram os trabalhos brasileiros voltados para a avaliação da autopercepção das condições bucais de pessoas idosas ^{61, 72}, ou para a determinação de lesões de mucosa bucal.

A relativa escassez de dados referentes à autopercepção das condições bucais do idoso brasileiro e a ausência de informações quanto à melhor forma de conseguir e armazenar estes dados, nos motivaram a estudar o assunto.

Estabelecido um projeto de pesquisa inicial, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru (vide anexo 4), dirigimos o levantamento bibliográfico, enfatizando os estudos que demonstrassem formas de avaliação da condição de saúde bucal auto-referidas ^{20, 30, 31, 36, 41, 57, 61, 70, 73, 76, 78, 81} em faixas etárias maiores. Estes trabalhos auxiliaram a elaboração da ficha especial utilizada neste estudo, visando a coleta e a conservação de dados da população a ser avaliada (vide anexo 6). Nestes trabalhos, observamos que a maioria dos idosos avaliados tende a classificar sua respectiva saúde bucal como satisfatória sendo que os achados clínicos quase sempre levaram à conclusão de que esta classificação era inconsistente. Não observamos dados referentes à possível relação desta autopercepção com diferentes graus de escolaridade, renda mensal, ou mesmo à queixa de ansiedade, fatores esses que, a nosso entender, poderiam interferir na autopercepção da condição bucal e/ou mesmo na ocorrência de queixas de problemas bucais.

Assim, ao constituirmos nossa amostra, procuramos analisar estes fatores de modo a estudar as diferentes relações.

De acordo com o censo de 1991 (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE) ²⁹, o município de Bauru - SP apresentava um total de 43 514 pessoas com idades iguais ou superiores a 50 anos. Destas, 34 472 eram alfabetizadas (79,2%). Estruturamos nossa amostra de pessoas idosas com idades iguais ou superiores a 50 anos de forma aleatória, de modo a representar a população idosa bauruense ativa em geral. O limite de idade de 50 anos foi escolhido para permitir o acesso à pesquisa dos adultos inscritos na Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade do Sagrado Coração de Bauru e também porque é a idade considerada, pelo Ministério da Saúde, como a mais representativa da população idosa brasileira ¹².

Fizeram parte da amostra aleatória, 300 pessoas idosas com idades a partir dos 50 anos, vindas de três locais diferentes: 61 inscritos na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade do Sagrado Coração, Bauru- SP, 37 pacientes idosos de uma clínica médica particular e 202 pessoas idosas matriculadas no Programa Municipal de atendimento ao idoso – PROMAI, Bauru- SP.

Um dos objetivos desta pesquisa foi encontrar as características odontológicas do paciente idoso ativo, isto é, aquele que apresenta condições físicas e psicológicas para chegar a um consultório odontológico privado ou a um serviço público de atendimento odontológico. Desse modo, os 300 idosos que participaram deste trabalho ou eram funcionalmente independentes, ou eram parcialmente dependentes ^{38, 63}. Segundo DUNKERSON ²², o grupo dos idosos independentes representaria 70% das pessoas idosas, o grupo dos parcialmente dependentes ou debilitados representaria 25% de todos os idosos. Somente 5% dos

idosos fariam parte do grupo “totalmente dependente” (normalmente são institucionalizados), cujo grau de dependência física, psicológica e econômica são obstáculos à manutenção de cuidados de saúde bucal. Vários estudos têm levantado a severidade das condições bucais dos idosos totalmente dependentes^{59, 63, 65}. Essas condições estão associadas geralmente à falta de uma rotina preventiva e restauradora de cuidados bucais, nas instituições que abrigam estes idosos. Todos os autores enfatizaram a necessidade da implantação urgente de uma política de saúde, cuidadosamente planejada, na qual os recursos disponíveis sejam utilizados com eficiência, com prioridade para o atendimento deste grupo da população idosa.

Os 300 participantes foram questionados quanto ao grau de satisfação em relação à saúde bucal, quanto à ocorrência de queixas de problemas bucais, quanto a sua história médica pregressa. Após a entrevista direta^{36, 42}, os idosos tiveram a sua cavidade bucal examinada, principalmente quanto à ocorrência de lesões de mucosa bucal.

O índice CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) e o índice IPC (condição periodontal, antigo IPCNT), não foram utilizados para a avaliação dos dentes naturais remanescentes, porque estes não eram os objetivos primários desta pesquisa e também devido às condições inadequadas, para obtenção destas medidas, em que foram realizados quase todos os exames clínicos.

As informações obtidas na entrevista direta e as resultantes do exame clínico foram anotadas em fichas elaboradas para esta pesquisa (vide anexo 6), as quais, posteriormente, foram agrupadas em um programa de computador, com possibilidade de vários tipos de análises.

Os resultados de todas as análises foram dispostos em tabelas e gráficos, sob a forma de números e percentagens.

6.2- Características sócio- demográficas dos idosos avaliados

Dos 300 idosos, 155 (51,6%) relataram procedência rural, 214 (71,3%) eram do gênero feminino, 132 (44%) pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos, 177 (59%) eram casados, 248 (82,6%) eram leucodermas, 244 (81,3%) eram alfabetizados e 192 (64,0%) apresentavam uma renda mensal de 1 a 5 salários mínimos, como mostra a tabela 1. Os dados sócio-demográficos de cada uma das três amostras se encontram nos anexos 1, 2 e 3.

Segundo SILVESTRE ⁷⁴, em 1930, dois terços da população brasileira viviam em zonas rurais. Entretanto, hoje, mais de três quartos vivem em zonas urbanas. Este fluxo migratório teve várias causas: desemprego rural, diferença salarial entre o campo e a cidade, concentração de serviços públicos nas cidades. A presente pesquisa confirma estes dados, já que a maioria dos idosos (51,6%) que participaram do estudo referiu procedência rural. A maior parte dessas pessoas relatou ter vindo para a cidade com a idade média de 19 anos, com o objetivo de encontrar maiores e melhores oportunidades de trabalho, o que, infelizmente, não foi conseguido por todos.

A maior participação das mulheres neste estudo é explicado por vários fatores: em média, a mulher vive mais que o homem (principalmente pela proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos); para a mulher a prevenção de

doenças é um procedimento normal; ela dá maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde, tem melhor conhecimento destes problemas e utiliza mais os serviços de saúde⁷⁴.

Quando da explicação prévia do que se trataria a pesquisa, percebeu-se de forma bastante clara o interesse maior das mulheres em participar do estudo. A maioria dos homens que participaram da amostra, o fizeram encorajados pela esposa, pelas filhas ou pelas irmãs.

A maior parte dos idosos viúvos era constituída por mulheres (24,6%). As mulheres normalmente se casam mais jovens e na viuvez apresentam um índice menor de segundo casamento que a apresentada pelos homens. Por essa razão, são muito mais solitárias na velhice, freqüentemente com mais histórias de depressão.

Embora 244 (81,3%) idosos fossem alfabetizados (177 tinham apenas o primeiro grau), ainda foram encontrados 56 (18,6%) idosos analfabetos em Bauru. Estes atribuíram o fato à necessidade de trabalhar, desde muito cedo (geralmente na lavoura), para aumentar a precária renda de sua família.

Tanto para os idosos quanto para as idosas a satisfação no trabalho (trabalho em casa, na igreja, em clubes ou organizações voluntárias) se constitui num dos mais importantes indicadores de longevidade, pois estimula a auto-estima, a saúde mental, o exercício físico e o suporte social. A maioria das pessoas se preocupa pelo quanto a aposentadoria pode causar de queda na qualidade de vida de um indivíduo. A perda do trabalho não causa comumente uma queda, se a saúde e a condição socioeconômica forem controladas⁷⁴. Infelizmente os dados encontrados no presente estudo mostram que 64,0% dos idosos funcionalmente ativos, avaliados em Bauru, recebem mensalmente uma aposentadoria de 1 a 5 salários mínimos.

Embora muitos ainda apresentem condições para o trabalho e não havendo proibições legais ao trabalho dos idosos, poucos conseguem outro emprego pois não existem muitas oportunidades para tal. Portanto não causa surpresa o fato de a maioria das pessoas idosas dependerem exclusivamente dos órgãos públicos para a manutenção da saúde e para o controle de enfermidades, causando grande impacto nos trabalhos da rede pública de saúde.

6.3 – Grau de satisfação em relação à saúde bucal

A tabela 2 apresenta os resultados de cada uma das três amostras para as questões referentes ao grau de satisfação em relação à saúde bucal.

Maior número de idosos da amostra PARTICULAR apresentaram respostas positivas para as questões. Estes dados confirmam a expectativa de que idosos (assim como pessoas de todas as faixas etárias), com melhores condições socioeconômicas, têm maior oportunidade de manter sua saúde bucal em níveis satisfatórios.

As diferenças entre as respostas dos idosos da amostra PARTICULAR e as das outras duas amostras foram consideradas estatisticamente significantes, nas questões sobre a satisfação com a condição bucal ($p = 0,0035$) e na questão sobre a satisfação com o desempenho mastigatório ($p = 0,0122$). O gráfico 1 compara os percentuais de auto-avaliação do desempenho mastigatório dos idosos participantes da pesquisa. Embora 57,3% dos idosos da amostra USC, dissessem que estavam satisfeitos com seu desempenho mastigatório, 47,5% a classificaram como BOA, 32,7% como REGULAR e 19,6% a consideraram RUIM. Na amostra PARTICULAR, 72,9% dos idosos afirmaram estar satisfeitos com o desempenho mastigatório,

porém 51,3% a classificaram como BOA, 29,7% como REGULAR e 18,9% como RUIM. 47,5% dos idosos da amostra PROMAI relataram estar satisfeitos com seu desempenho mastigatório, mas 38,3% a classificaram como BOA, 36,0% como REGULAR e 25,0% como RUIM .

Analisando- se conjuntamente as respostas de todos os idosos (tabela 3), percebeu-se que a maioria deles (55,4%) não estava satisfeita com sua condição bucal. Mesmo assim 52,6% disseram estar satisfeitos com seu desempenho mastigatório, 59,0% afirmaram satisfação com a aparência de seus dentes ou dentaduras e 42,0% acusaram alguma perda na qualidade de vida relacionada à condição bucal.

SMITH; SHEIMAM⁷⁶, relataram que 30% dos idosos incluídos em sua pesquisa relataram desvantagens funcionais e sociais relacionadas à mastigação e ao embaraço social resultante da aparência de seus dentes, porém estes idosos não relacionavam tais desvantagens às condições de sua saúde bucal, a qual foi considerada boa pela maioria. OW et al.⁵⁷, relataram que 68,8% dos idosos avaliados por eles, consideraram sua mastigação satisfatória, 23,2% a classificaram como regular e 8,0% a consideraram ruim. Ressaltaram que, embora para a maioria das pessoas mais jovens a presença de dentes naturais (no mínimo 20) seja fundamental para uma satisfação com o desempenho mastigatório, nos idosos isto não ocorre, uma vez que o desempenho mastigatório pode estar diminuído pela redução da força muscular associada à idade, o que poderia influenciar potencialmente no mecanismo de trituração, independentemente da presença de dentes naturais.

Na questão relativa à aparência dos dentes ou dentaduras, a maioria dos idosos das três amostras (54,0% da USC, 72,9% da PARTICULAR e 57,9% do PROMAI)

declararam-se satisfeitos com a aparência de seus dentes e/ou dentaduras. A diferença entre as respostas das três amostras não foi estatisticamente significativa. Maior número de idosos da amostra do PROMAI responderam positivamente à questão que relacionava a saúde bucal com queda de qualidade de vida. A associação foi estatisticamente significativa ($p = 0,0315$). Também na amostra PROMAI o número de idosos sem acesso ao atendimento odontológico (15,3%) foi maior que os da amostra da USC (4,9%) e que os da amostra PARTICULAR (2,7%). A diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,0163$).

A tabela 3 relaciona o grau de satisfação no que se refere à relação de saúde bucal com o grau de escolaridade. Não houve diferença estatisticamente significativa das respostas às questões que identificavam o grau de satisfação relativa à saúde bucal entre os idosos de diferentes graus de escolaridade. Estes resultados sugerem a ocorrência de uma das duas hipóteses: 1^a que, independentemente do nível de escolaridade, os idosos estão tendo atendimento odontológico satisfatório; 2^a- com o avanço da idade e com a ocorrência de problemas sistêmicos sérios, a boca passa a ter importância menor. Assim, a satisfação relatada pode ter sido superestimada e provavelmente não foi baseada em critérios clínicos (capacidade de mastigar todo tipo de alimentos, mastigar nos dois lados da boca, comer em público, falar sem restrições, utilizar próteses adequadas etc.). A tabela 18 e o gráfico 4 mostram que a maioria das próteses usadas pelos idosos avaliados apresentaram condições insatisfatórias para o uso. A última hipótese parece ser a mais plausível e a análise da tabela 4 parece confirmá-la, já que não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as respostas às questões que identificavam o grau de satisfação em relação à saúde bucal e a renda mensal. Somente na questão que identificava o acesso ao

atendimento odontológico evidenciou-se uma associação estatisticamente significativa com a escolaridade ($p < 0,0001$). 28,5% dos analfabetos (16 em 56) relataram não ter acesso a qualquer atendimento odontológico. A associação desta questão com a renda mensal também foi estatisticamente significativa ($p = 0,0008$). 17,7% dos idosos com rendas mensais entre 1 e 5 salários mínimos (34 em 192) não tinham acesso a qualquer tipo de atendimento odontológico.

A tabela 5 relaciona o grau de satisfação com a saúde bucal, em razão da presença ou não de dentes naturais. A análise desta tabela revelou que a presença de dentes não foi estatisticamente significativa para a satisfação com a condição bucal e para a satisfação com o desempenho mastigatório. Cento e setenta e sete idosos responderam que estavam satisfeitos com a aparência dos seus dentes e/ou dentaduras; destes, 88 possuíam alguns dentes naturais e 89 eram totalmente desdentados. 65,4% dos pacientes desdentados totais estavam satisfeitos com a aparência de suas próteses, enquanto que 53,6% dos idosos com dentes estavam satisfeitos com a aparência de seus dentes e/ou próteses. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,0389$). Estes dados diferem daqueles constatados por STEELE et al.⁷⁸, que examinaram 1 211 adultos dentados e encontraram 94,3% satisfeitos com sua condição bucal, 95,7% satisfeitos com sua capacidade mastigatória e 88,1% satisfeitos com a aparência de seus dentes. Estes autores associaram o desempenho mastigatório satisfatório a um mínimo de 21 dentes naturais, dois ou mais contatos posteriores e à ausência de próteses parciais. A satisfação com a aparência dos dentes foi associada, por STEELE et al.⁷⁸, à ausência de espaços protéticos anteriores, ausência de cárie e de doença periodontal. A idade também foi associada ao grau de satisfação com a aparência dos dentes, uma vez que verificou-se que, com o aumento da idade, houve uma

redução na expectativa estética. Embora os autores não a tenham conseguido quantificar, a redução de expectativa de estética dos dentes foi relacionada ao grau de escolaridade (indivíduos mais graduados apresentaram maiores expectativas que os de menor grau de instrução), ao grau de auto-estima dos indivíduos e a fatores clínicos como o alinhamento e a cor dos dentes. A diferença entre os dados do presente trabalho e daqueles da literatura reforçam, ainda mais, a hipótese de que a saúde bucal não foi criteriosamente auto-avaliada pelos idosos. A saúde bucal na terceira idade não é deixada em segundo plano somente pelos idosos, pois os próprios profissionais da saúde não lhe dão a devida importância. O enfoque da odontologia preventiva está dirigida somente às faixas etárias mais jovens. Os idosos não souberam avaliar corretamente sua condição bucal porque não estão habituados a fazê-lo, já que raramente são questionados a este respeito.

Oitenta e oito (53,6%) de um total de 164 idosos com dentes naturais afirmaram que a condição bucal afetava a qualidade de vida, enquanto que 56 (41,1%) de um total de 136 desdentados totais fizeram igual afirmação. A diferença foi considerada estatisticamente significativa ($p= 0,0177$). A perda de função ou da estética foi a razão de queda da qualidade de vida indicada pela maioria dos idosos. STEELE et al.⁷⁸, ressaltaram que possuir dentes naturais em um só arco ou ter 21 dentes, com o uso complementar de uma prótese parcial resulta em uma limitação, quer da função, quer da estética.

O grau de satisfação em relação à saúde bucal, de acordo com a presença de queixa de ansiedade, foi estatisticamente significativa ($p= 0,0070$) para a questão que relacionava a condição bucal à qualidade de vida. Dos 123 idosos que apresentavam queixas de ansiedade, 63 (51,2%) afirmaram que a sua condição bucal afetava sua qualidade de vida. Dos 126 idosos que afirmaram que sua saúde

bucal afetava a qualidade de vida, 63 (50,0%) tinham queixa de ansiedade (tabela 6). A prevalência de queixa de ansiedade foi bastante alta nos idosos analisados e será discutida no tópico 6.5, juntamente com outras queixas de problemas sistêmicos.

6.4- Queixa de problemas bucais

A tabela 7 compara as ocorrências de queixas de problemas bucais entre os idosos de cada uma das três amostras analisadas.

Maior número de idosos da amostra USC responderam positivamente à questão que levanta a ocorrência de dor de dentes ou de problemas gengivais. A diferença entre as respostas destes idosos e aquelas dos idosos das outras duas amostras foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) e já era esperada uma vez que, nesta amostra, havia idosos mais jovens e maior quantidade de idosos com dentes naturais. Com relação ao grau de escolaridade houve uma associação estatisticamente significativa da queixa de dor de dente ou de problemas gengivais aos idosos com o 2º grau (tabela 8). Esta associação pode ser explicada pelo fato de a maioria dos idosos com o 2º grau pertencerem à amostra da USC. Esta questão não apresentou qualquer associação estatisticamente significativa com os diferentes rendimentos mensais (tabela 9). Em relação à queixa de ansiedade, notou-se pela tabela 11 que, 35,7% dos 123 idosos que apresentavam queixa de ansiedade, relatavam também queixa de dor de dente e de problemas gengivais, sendo esta associação considerada estatisticamente significativa ($p = 0,0412$).

A queixa de desconforto bucal (presença de qualquer incômodo bucal, excetuando-se a dor de dente ou os problemas gengivais) também foi mais relatada

pelos idosos da amostra USC. Esta associação foi estatisticamente significativa ($p=0,0356$) (tabela 7). A associação entre a queixa de desconforto bucal e a queixa de ansiedade também foi estatisticamente significativa. 36,5%, dos idosos com queixa de ansiedade, também apresentavam queixas de desconforto bucal ($p=0,0008$) (tabela 11). A ansiedade também pode ser estatisticamente associada à queixa de dificuldade de abrir ou fechar a boca ($p=0,0381$) e à queixa de problemas de fala ou conversação relacionados ao uso de próteses ($p=0,0030$) (tabela 11).

A queixa de sensação de boca seca ou de menor quantidade de saliva foi constatada nos idosos das três amostras. Dos 300 idosos examinados, 175 (58,3%) queixaram-se de sensação de boca seca. A associação foi estatisticamente significativa para os idosos da amostra PROMAI, quando esta sensação foi relacionada ao uso de medicação xerostômica ($p=0,0196$) ou foi relacionada com a constatação clínica de diminuição de fluxo salivar não estimulado ($p<0,0001$) (tabela 7). SHAID⁶⁹, relatou que 3,3% da população americana apresentava a queixa de boca seca. BILLINGS; PROSKIN; MOSS⁷, associaram a sensação de boca seca ao uso de medicação com efeitos colaterais de hipossalivação. NÄRHI⁴⁹, avaliou a prevalência de sensação de boca seca e detectou esta queixa em 46% dos indivíduos avaliados. O autor associou a diminuição das taxas de fluxo salivar à respiração bucal e ao uso de medicações sistêmicas, como os diuréticos e as drogas para o controle de desordens cardiovasculares. NAVAZESH; BRIGHTMAN; POGODA⁵⁰, associaram a relação de doenças sistêmicas e o uso de medicações com as taxas de fluxo salivar e constataram que, nas pessoas com doenças sistêmicas e que estavam tomando medicações, todas as taxas de fluxo salivar foram significativamente mais baixas que as taxas apresentadas pelas pessoas

saudáveis. LEWIS et al.⁴³, revisaram o uso de medicamentos com potenciais reações adversas pela população idosa e concluíram que a xerostomia pode ser associada ao uso de : psicotrópicos, antihipertensivos, beta bloqueadores, antihistamínicos, antiParkinsonianos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antineoplásicos, antieméticos e broncodilatadores. A análise da tabela 12 e 13 mostra as doenças sistêmicas e os medicamentos rotineiramente utilizados pela população idosa avaliada em Bauru. A alta prevalência da queixa de sensação de boca seca encontrada na população avaliada pode ser explicada pela presença de diferentes alterações sistêmicas e pelo uso de vários medicamentos xerostômicos.

Tanto a queixa de sensação de boca seca quanto a queixa de boca seca relacionada ao uso de medicação xerostômica tiveram associação estatisticamente significativa aos idosos analfabetos ($p= 0,0023$ e $p= 0,0190$ respectivamente) (tabela 8). Estas duas questões também apresentaram associações estatisticamente significantes com a queixa de ansiedade (tabela 11). Entre os idosos ansiosos, 65,8% também se queixavam de boca seca ($p= 0,0276$) e 51,2% se queixavam de boca seca e tomavam medicamentos xerostômicos ($p= 0,00165$). O alto índice das queixas de boca seca, reforça a necessidade de avaliação rotineira do fluxo salivar nos pacientes idosos, conforme recomendam NIESSEN⁵² e TÁRZIA⁸⁰.

A queixa de dificuldades para engolir foi relatada por 29 (9,6%) dos 300 idosos avaliados. A queixa foi mais acentuada entre os idosos da USC (21,3%) e esta associação foi considerada estatisticamente significativa ($p= 0,0025$) (tabela 7). SOON⁷⁷ e SHAID⁶⁹ relacionaram a disfagia (dificuldade de deglutição) ao uso de drogas que causam xerostomia, à doença de Parkinson e também à demência . As queixas de disfagia encontradas no presente trabalho estavam relacionadas à sensação de boca seca.

As queixas de diminuição do paladar e do olfato foram relativamente pequenas (5% e 9% respectivamente) entre os 300 idosos avaliados. Associações estatisticamente significantes foram encontradas entre as queixas de diminuição do paladar e do olfato entre os idosos analfabetos ($p= 0,0278$ e $p= 0,0424$ respectivamente) (tabela 8). A presença de dentes também pode ser associada às queixas de perda de paladar e de olfato (tabela 10). Estas associações foram estatisticamente significantes, pois 7,9% dos idosos dentados queixaram-se de perda de paladar e 12,8% dos idosos dentados acusaram perda do olfato ($p= 0,0143$ e $p= 0,0114$, respectivamente). SOON ⁷⁷; LEWIS et al. ⁴³; SCHIFFMAN ⁶⁸ e BOYD; DWYER ¹⁰, relacionaram as alterações no paladar e no olfato com condições médicas e com o uso de medicações. Os medicamentos mais rotineiramente associados à diminuição da sensibilidade do paladar e do olfato foram : analgésicos, drogas antiácidas, inaladores para a asma, diuréticos, digitálicos, hipoglicêmicos orais , hormônios tireoidianos, antihipertensivos, suplementos de potássio, antibióticos, beta bloqueadores, sulfas, antifúngicos orais, anticonvulsivantes, anticoagulantes, antidepressivos e vaso dilatadores. O uso de medicamentos com efeitos colaterais, que alteram a sensibilidade do paladar e do olfato, provavelmente causaram os casos relatados no presente estudo, já que estas anormalidades não devem ser atribuídas somente ao processo de envelhecimento. A associação destas queixas com a presença de dentes naturais talvez se relacione a uma maior percepção do paladar e do olfato (e suas respectivas diminuições) nos idosos mais jovens, aqueles ainda apresentavam dentes naturais (amostra USC).

6.5- História médica progressa

As condições médicas encontradas nos 300 idosos avaliados em Bauru estão relacionadas na tabela 12. No anexo 7 estão registradas, separadamente, as condições sistêmicas encontradas em cada uma das três amostras.

Em nossa avaliação encontramos uma prevalência de 52,3% de queixas de doenças reumáticas (osteoartrite, gota, artrite reumatóide, etc.) nos pacientes com idades iguais ou superiores a 50 anos. Nossos dados estão de acordo com os achados de KIYAK et al.³⁹ e os de ZWETCHKENBAUM; SHAY⁸⁶ que relataram que 50% das pessoas idosas com mais de 60 anos apresentam osteoartrite ou outra doença reumática; e diferem dos achados de KILMARTIN³⁷ que encontrou 38% dos idosos com idades a partir dos 65 anos com artrite. SHAY⁷⁰ relatou que perto de 48,5% de todos os americanos com idades superiores a 65 anos apresentavam osteoartrite. Analisando o gráfico 2 pode-se verificar que, no presente estudo, também foi encontrada uma maior prevalência das doenças reumáticas a partir da faixa etária dos 60 –69 anos . Pelo gráfico nota-se ainda que, conforme vai aumentando a faixa etária, aumenta também a prevalência das doenças reumáticas, sendo esta a principal condição sistêmica apresentada pelos idosos com idades iguais ou superiores a 90 anos.

KIYAK et al.³⁹ e ZWETCHKENBAUM; SHAY⁸⁶ lembraram que pacientes com doenças reumáticas tem mais dificuldades na manutenção diária da saúde bucal, principalmente se os dedos , punhos, cotovelos e ombros estiverem afetados. Qualquer procedimento odontológico poderá ser intolerável se o paciente idoso apresentar alterações reumáticas na coluna cervical.

As doenças cardiovasculares, principal “*causa mortis*” por doença em todo mundo, apresentaram neste estudo uma prevalência total de 45,3% (136), somando-se os casos de hipertensão (66), de acidentes vasculares cerebrais (10) e de outras cardiopatias, tais como, angina, arritmias, insuficiência cardíaca congestiva, infarto do miocárdio, etc. (60).

PAUNOVICH ⁵⁹, constatou que os problemas cardiovasculares atingiram 83% dos idosos masculinos de uma instituição. KILMARTIN ³⁷, relatou uma prevalência de 60% de desordens cardiovasculares em pacientes com idades a partir dos 60 anos. Pelo gráfico 2 da presente investigação nota-se também, que nas faixas etárias dos 60-69 anos, dos 70-79 anos e dos 80-89 anos de idade, as doenças cardiovasculares representaram a principal condição sistêmica encontrada (67,4% dos idosos de 60-69 anos, 71,8% dos idosos de 70-79 anos e 86,6% dos idosos de 80-89 anos, relataram possuir uma ou mais de uma alteração cardiovascular). A grande prevalência das alterações cardiovasculares em idosos com idades entre 60 e 89 anos, obriga o dentista a estar atento à posição da cadeira odontológica , a fazer sistematicamente a leitura da pressão arterial de todos os clientes (sobretudo naqueles de faixas etárias maiores), a limitar o uso efetivo de anestésicos com epinefrina, a limitar a duração do atendimento, a não usar fios de retração gengival com epinefrina, a evitar tratamentos odontológicos eletivos nos primeiros 6 meses após um episódio de infarto do miocárdio, e a estar sempre em contato com o cardiologista do paciente ^{69, 81}.

As doenças respiratórias apresentaram pequena prevalência no atual estudo, sendo que 16 idosos (5,3%) relataram sofrer de bronquite e apenas 5 (1,6%) sofriam de enfisema, todos associados ao vício do tabaco.

O gráfico 3 registra os casos de tabagismo e etilismo encontrados. Apenas 7 pessoas (2,3%) ainda mantinham o vício de fumar e 9 (3,0%) referiram beber rotineiramente. KILMARTIN ³⁷, estimou que a taxa de alcoolismo em idosos variaria de 1 % a 10% e lembrou que, nestes, é maior a sensibilidade a agentes farmacológicos.

Dos 300 idosos avaliados nesse estudo, os 32 (10,6%) que relataram apresentar doença renal afirmaram ter apresentado pelo menos uma crise de cólica renal (cálculo); não foi constatado nenhum caso de insuficiência renal crônica ou outro problema renal mais sério.

As queixas de ansiedade e de depressão foram a terceira maior queixa de problemas sistêmicos encontrados nesta avaliação de idosos. As duas condições foram relatadas por 123 (41,0%) idosos. Na faixa etária dos 50-59 anos (gráfico 2), a ansiedade mostrou uma prevalência de 68,5% e a depressão uma prevalência de 40,0% ; na faixa etária dos 60-69 anos a depressão mostrou uma ocorrência de 43,1% enquanto a ansiedade atingiu 42,4% . Entre os idosos com idades entre 70 - 79 anos houve ocorrência de 43,6% de depressão e 34,5% de ansiedade. Não encontramos na literatura consultada informações que justificassem a alta ocorrência destes transtornos afetivos, principalmente na faixa dos 50-59 anos. Segundo, a psiquiatra Sônia Maria Marchi de Carvalho ^{*}, a grande prevalência da ansiedade e da depressão entre os 50-59 anos se deve a vários fatores, tais como: percepção das limitações físicas, aposentadoria, perdas de amigos e de parentes, início do pensamento de temporalidade (morte), associação com doenças físicas, medo da indigência, a falta de expectativas, o desrespeito e preconceito com o idoso, falta de inserção social do idoso, a sensação de inutilidade. É nesta fase

^{*} Analista junguiana, formada pelo C.G. Jung Institute de Zurique. Comunicação pessoal.

que o indivíduo começa a repensar seu papel na família e na sociedade, sendo comuns os casos de ansiedade e de depressão.

A diabetes mellitus apresentou uma prevalência de 20,0% nos 300 idosos avaliados em Bauru (90,0% do tipo não insulina-dependente). PAUNOVICH; SADOWSKY; CARTER ⁶⁰, relataram a presença de diabetes mellitus não insulina-dependente em 20% dos indivíduos com idades maiores que 65 anos. TAN; NELSON ⁷⁹, afirmaram que 90% dos casos de diabetes diagnosticados na terceira idade, são do tipo não insulina-dependente. SHAY ⁷⁰ e LaROCCA; JAHNIGEN ⁴², relataram uma prevalência de 9,3% de idosos diabéticos. THINES; KARUZA JUNIOR; MILLER ⁸¹, estimaram que 12 milhões de pessoas nos EUA podem apresentar diabetes, e a consideraram como a terceira “causa *mortis*” em pessoas com idades superiores a 65 anos. Estes autores alertaram para o fato de que uma grande quantidade de pessoas tenha a doença ainda não diagnosticada. Lembraram que os dentistas devem estar atentos para os sinais bucais da doença, tais como: xerostomia, candidíase, parestesias bucais, hálito cetônico, sensibilidade dentária. Os diabéticos apresentam grande prevalência de problemas bucais, pois a glicose salivar também estará aumentada, contribuindo para o aumento da incidência de cáries e da doença periodontal⁴².

Entre as 300 pessoas idosas avaliadas, 50 (16,6%) relataram apresentar alguma alteração hematológica. As alterações mais citadas foram aumento das taxas de colesterol, triglicérides e anemias.

As neoplasias mais prevalentes foram: para as mulheres, as benignas de útero, 13 (4,3%), seguidas pelas de mama, 7 (2,3%), das quais 3 malignas e 4 benignas. Apenas 1 mulher apresentou neoplasia maligna de pele (carcinoma baso celular) associada ao excesso de exposição solar. Para os homens, a neoplasia de

próstata foi a mais prevalente, sendo que dos 8 casos (2,6%), 3 eram malignos. Dois homens mostravam cicatrizes faciais relacionadas com remoções cirúrgicas de carcinomas baso celulares. Toda a literatura consultada relatou um aumento da ocorrência de neoplasias malignas na terceira idade, sem, contudo, apresentar qualquer dado que pudesse servir para a comparação com os achados neste estudo, em que não foram tão significativos.

Segundo CARLSON & KAMEN ¹⁶, vinte e cinco milhões de americanos apresentaram riscos de desenvolverem osteoporose. Esta condição foi responsável, nos EUA, por 1,5 milhão de fraturas/ ano. Estas fraturas ocorreram principalmente em vértebras, pulsos e quadril e estão associadas à deficiência de estrógenos da menopausa, a dores e a incapacidades. Nos 300 idosos avaliados em Bauru a osteoporose apresentou uma prevalência total de 17,6% (53 casos). Dos 53 casos de osteoporose encontrados, 49 foram em mulheres (92,4%). Pelo gráfico 2, observa-se que, já na faixa etária dos 50-59 anos, a osteoporose estava presente em 22,8% das pessoas. Nos idosos com idades entre os 60 e 69 anos, a osteoporose foi constatada em 25,7%; entre os 70 e 79 anos, em 19,0% e entre os 80 e 89 anos, em 26,6%. A relação da osteoporose com a perda óssea alveolar ou ainda com a doença periodontal permanece controversa. Os médicos recomendam que mulheres na fase pós- menopausa devem consumir diariamente o mínimo de 1 500 unidades de cálcio para reduzir o risco de osteoporose ¹⁶.

Além destas condições sistêmicas foi constatado que, dos 300 idosos participantes da pesquisa, 12,6% queixavam-se de gastrite (a maioria destes idosos era desdentados), 11,6% tratavam-se de labirintite, 8,0% queixavam-se de tonturas e 6,3% relataram sofrer de varizes.

Os medicamentos rotineiramente utilizadas pelos 300 idosos avaliados em Bauru estão registrados na tabela 13. A relação das medicações utilizadas pelos idosos de cada uma das três amostras está registrada no anexo 8.

A análise da tabela 13 revela que as medicações comumente mais utilizadas pela população idosa são aquelas para o controle das doenças cardiovasculares. São os antihipertensivos , incluindo os diuréticos (56,6%), os trombolíticos (11,3%), os digitálicos (16,0%) e os beta bloqueadores (15,0%). Estes dados estão de acordo com aqueles encontrados na literatura,^{1, 42, 51, 60, 76}. A maior parte dos idosos relataram tomar mais de um medicamento para o controle de alterações cardiovasculares.

Apesar de ser alta a prevalência de queixa de ansiedade e de depressão (41,0%), apenas 57 idosos (19,0%) utilizavam psicotrópicos (grupo que inclui os calmantes , ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos e os antidepressivos). A Dr.^a Sônia Maria Marchi de Carvalho* explicou que estes resultados parecem indicar a possibilidade de que o diagnóstico da depressão e da ansiedade não estejam sendo feitos, ou porque os clínicos não valorizam a depressão e ansiedade relatadas ou ainda, porque, às vezes, o idoso mascara suas queixas emocionais através de sintomas gerais como falta de concentração, dificuldade para dormir, sensação de inutilidade, dificultando o diagnóstico do clínico. Um psiquiatra direciona as questões de modo a desmascarar uma queixa clínica que esconde uma depressão ou uma ansiedade, perguntando, por exemplo, se a pessoa tem vontade de morrer, se sente uma culpa persistente a respeito de algo do passado, se está perdendo o apetite, se tem oscilações de humor durante o dia, etc. Como o quadro pode sugerir também um início de demência em alguns casos, quem mais

* Comunicação pessoal.

diagnostica depressão é o geriatra. O ideal seria que os idosos, que relatam depressão e/ou ansiedade, fossem avaliados também por um psiquiatra de tempos em tempos.

Os grupo dos hormônios citado na tabela 13, não incluiu a insulina, que foi considerada à parte. Trinta e nove mulheres idosas (13,0%) relataram utilizar hormônios para reposição hormonal pós-menopausa ou para reposição de hormônios tireoidianos.

Dos 60 idosos diabéticos, 54 (90,0%) usavam hipoglicêmicos orais e dieta para o controle da doença e apenas 6 (10,0%) faziam uso da insulina para este fim.

Embora apenas 2 (0,6%) entre os 300 idosos relatassem uso de analgésicos; 58 (19,3%) relatavam controlar as dores (principalmente aquelas de origem reumática) com antiinflamatórios (incluindo os corticosteróides). Estes dados parecem duvidosos uma vez que as doenças reumáticas foram apontadas por 52,3% dos idosos. Esta discrepância pode ser explicada pelo fato de que muitos idosos utilizavam fórmulas manipuladas contendo agentes antiinflamatórios, para controle de alterações reumáticas. Estas fórmulas foram incluídas, neste estudo, no grupo de "Outros" (36,6%), juntamente com os broncodilatadores, os colírios, os agentes para redução de colesterol e triglicérides, as medicações para o controle de tremores e de vertigens, os laxantes, os minerais e os medicamentos homeopáticos. Além disso, 35 (11,6%) idosos estavam tomando vitaminas e 18 (6,0%) relataram fazer uso de antiácidos.

A análise da tabela 14 indica uma alta prevalência de uso de medicamentos em todas as faixas etárias. Esta prevalência cresce com o aumento das faixas etárias, sendo que todos os idosos nas faixas de 80-89 anos e de 90 e mais anos tomavam pelo menos uma medicação. Das 214 mulheres avaliadas, 207 (96,7%)

tomavam medicamentos para alterações sistêmicas; dos 86 homens incluídos neste estudo, 76 (88,3%) controlavam suas desordens sistêmicas com medicações. Dos 300 idosos que participaram deste estudo, 283 (94,3%) faziam uso de medicações. Estes achados estão de acordo com os dados de MILLER et al.⁴⁷, que relataram que 76% a 94,5% das pessoas com 65 anos ou mais tomam medicamentos. Estes autores também constataram que as mulheres tomavam mais medicamentos que os homens.

As análises das tabelas 12, 13 e 14 confirmam a grande ocorrência de doenças sistêmicas e a probabilidade de múltipla terapia com drogas entre os idosos de diferentes faixas etárias. Estes fatores aumentam as chances de reações adversas, efeitos colaterais e de interações medicamentosas adversas. Além disso, mudanças fisiológicas do envelhecimento, no coração, no fígado e nos rins podem alterar a farmacocinética e a farmacodinâmica das drogas, predispondo ainda mais o idoso a efeitos tóxicos^{34, 43, 60, 77}. Portanto os dentistas devem estar informados a respeito das doenças de seus pacientes bem como dos medicamentos por eles usados. Todas pessoas devem ter sua história médica levantada, mas no caso de pacientes idosos este procedimento é essencial e indispensável para a manutenção da saúde e para o sucesso da tratamento odontológico.

6.6- Alterações bucais

Através de exames físicos criteriosos foram levantadas as ocorrências das principais alterações de superfície de mucosa bucal de todos os 300 idosos da

amostra. Estas alterações bucais, distribuídas por amostra avaliada, estão expressas no anexo 9.

A tabela 15 mostra o total de ocorrência de cada uma das alterações bucais e a relação destas com o grau de escolaridade dos seus portadores. A tabela 16 mostra a ocorrência de alterações bucais relacionadas com a renda mensal. A baixa frequência de ocorrência destas alterações e o número de variáveis quanto à escolaridade e à renda mensal inviabilizaram as análises estatísticas destas associações.

Os achados deste estudo foram surpreendentes quanto à baixa ocorrência de alterações de superfície de mucosa bucal e confirmaram as conclusões de MACENTEE; GLICK; STOLAR⁴⁵, quanto a mínima influência da idade na ocorrência de lesões de mucosa bucal.

As alterações de língua, a gengivite e as alterações relacionadas ao uso de próteses foram as alterações bucais de maiores prevalências neste estudo.

Lesões mais sérias, como as leucoplasias, consideradas pela OMS⁸⁵, como lesões cancerizáveis, não foram detectadas. Encontraram-se três (1,0%) casos de placas brancas, que poderiam sugerir leucoplasias, na mucosa jugal e 9 (3,0%) na mucosa alveolar, sendo que estas estavam diretamente relacionadas ao fato dos portadores serem totalmente desdentados e não usarem qualquer tipo de prótese. Na realidade, estas alterações foram consideradas como hiperqueratoses friccionais, uma vez que sua etiologia é fortemente associada ao trauma da mastigação sobre o rebordo alveolar⁸⁵. Uma lesão cancerizável pouca avistada foi a queilite actínica no lábio inferior (a OMS a considera como lesão cancerizável microscopicamente estabelecida⁸⁵). Apesar de 51,6% dos idosos relatarem procedência rural e de 82,6% deles serem leucodermas, apenas 11 casos leves de

queilite actínica (3,6%) foram detectados. Para todos os 11 casos foi recomendado o uso de protetores labiais antes da exposição solar.

Foram constadas 186 alterações de língua, com a seguinte prevalência: 16 (5,3%) casos de língua geográfica, 82 (27,3%) casos de língua saburrosa, 43 (14,3%) casos de língua fissurada, 8 (2,6%) casos de língua atrófica, 35 (11,6%) casos de língua varicosa e 2 (0,6%) casos de ulcerações ou aftas. Segundo REGEZI; SCIUBBA⁶², a etiologia da língua geográfica ainda é controversa e ultimamente tem sido associada à atopia sendo encontrada em aproximadamente 2% da população e com maior ocorrência em mulheres; em nosso trabalho, dos 16 casos de língua geográfica, 13 foram encontrados em mulheres. A língua fissurada é considerada uma variação anatômica comum. As ulcerações apresentadas foram relacionadas à traumas de mordida. A atrofia lingual e as varizes linguais estavam associadas ao processo de envelhecimento^{28, 40}. FIGUEIREDO et al.²⁸, ressaltaram que, frente a um quadro de língua atrófica ou lisa, o dentista deve excluir os casos de avitaminoses, anemias e diabetes, que se manifestam por uma atrofia das papilas filiformes. KLEIN⁴⁰, relatou que 50% da população com idades acima de 65 anos podem apresentar as varicosidades linguais. A alta prevalência de língua saburrosa (82 casos de um total de 186 alterações linguais) pode ser explicada pela associação da redução do fluxo salivar ao aumento da formação de saburra (58,3% dos 300 idosos avaliados queixaram-se de boca seca). TÁRZIA⁸⁰, ressaltou que, a partir dos 50 anos de idade, as pessoas passam a usar medicamentos rotineiramente, entre os quais estão os medicamentos xerostômicos que, como efeito colateral, reduzem a salivação e facilitam a formação de saburra. Pela tabela 13 notou-se o grande número de remédios xerostômicos utilizados pela população avaliada, o que pode explicar tantos casos de língua saburrosa constatados.

A gengivite foi constatada em 19,3% das pessoas avaliadas e, conforme mostra a tabela 15, esta alteração foi observada em pessoas de diferentes graus de escolaridade e de diferentes rendas mensais (tabela 16). A prevalência da gengivite não foi maior devido à alta ocorrência de idosos desdentados. Tal resultado parece indicar que a ausência de motivação para a manutenção da saúde bucal independe do grau de escolaridade e da condição financeira. Estes idosos, quando crianças não tiveram acesso aos benefícios da fluoretação da água, nem do enfoque preventivo da odontologia, mesmo porque a maioria passou a infância na zona rural. Assim não foram educados a manter sua saúde bucal. Aqueles que ainda apresentavam dentes naturais não demonstraram vontade de assumir a responsabilidade por sua manutenção, achando que seria trabalho perdido, uma vez que acreditavam ser inevitável a perda de todos os dentes remanescentes. KIYAK et al.³⁹, lembraram que um indivíduo com múltiplas doenças sistêmicas e que use vários medicamentos tem pouco interesse ou estímulo, na manutenção de sua higiene bucal. Para THINES; KARUZA JUNIOR; MILLER⁸¹, saúde bucal não é priorizada pelos idosos, provavelmente por não ser considerada como fator importante na manutenção da qualidade de vida e nem estar relacionada a outros cuidados de saúde.

As alterações bucais associadas ao uso de próteses como a queilite angular e candidíase crônica eritematosa, tiveram sua etiologia relacionada à presença de *Candida albicans*,^{44, 62}. As ulcerações ou aftas de soalho bucal e de mucosa alveolar tiveram sua etiologia associada ao trauma causado por próteses mal adaptadas. As hiperplasias fibrosas inflamatórias de mucosa jugal, soalho de boca e de mucosa alveolar foram relacionadas à utilização de próteses por um longo tempo; aquelas de palato à presença de câmaras de sucção. Estas alterações bucais

associadas ao uso de próteses serão discutidas no tópico 6. 7 juntamente com as condições das próteses encontradas.

Alterações bucais como o herpes labial, a afta labial, o líquen plano, a glossite romboidal mediana, a sialolitíase, a estomatite nicotínica e a tatuagem de amálgama, apresentaram ocorrências de 1,0%, 0,6%, 1,0%, 1,6%, 0,3%, 0,6% e 1,0%, respectivamente.

As varizes de lábios, de mucosa jugal e de soalho de boca, assim com as varicosidades de língua, foram associadas ao processo de envelhecimento^{28, 40} e tiveram ocorrências de 1,3%, 2,0%, 0,3%, respectivamente.

A tabela 17 mostra a relação entre as ocorrências de alterações bucais e a presença ou não de dentes. Só foi possível a realização do teste do Qui-quadrado para as alterações bucais que apresentaram uma maior ocorrência. A queilite angular e a candidíase crônica eritematosa apresentaram uma ocorrência maior nos desdentados totais do que nos idosos que ainda possuíam alguns dentes. A diferença foi estatisticamente significativa (respectivamente $p < 0,0016$ e $p < 0,0013$).

6.7-Condições das próteses e edentulismo

Os resultados expressos na tabela 18 e no gráfico 4 mostram as condições dos conjuntos de próteses utilizados pelos idosos.

A maior parte das próteses parciais fixas, 8 (80,0%) de maxila e 5 (83,3%) de mandíbula, encontravam-se de forma satisfatória quanto aos quesitos avaliados (função, aparência e limpeza). O mesmo resultado não foi obtido nas análises das próteses parciais removíveis e das próteses totais. Dezenove idosos apresentavam próteses parciais removíveis na maxila e na mandíbula e destes, 10 (52,6%)

mostraram o conjunto insatisfatório quanto a, pelo menos, um dos quesitos utilizados para a avaliação das próteses. O conjunto prótese total superior e inferior foi encontrado em 98 idosos, e destes, 65 (66,3%) apresentaram conjuntos que foram classificados como insatisfatórios. Dos 32 idosos que usavam prótese total superior e prótese parcial removível na mandíbula, 25 (78,1%) mostraram o conjunto insatisfatório. Sessenta e sete idosos usavam somente a prótese total de maxila, sendo que 28 não apresentavam nenhum dente na mandíbula e 39 apresentavam alguns dentes naturais remanescentes. Dos 67 idosos que usavam somente a prótese superior, 50 (74,6%) a apresentaram como insatisfatória.

Os dados obtidos no presente estudo mostraram que, das 232 pessoas idosas que utilizavam algum tipo de prótese, somente 16 (6,8%) não usavam próteses parciais removíveis ou próteses totais. Dos 136 idosos desdentados totais, 98 (72,0%) usavam próteses totais de maxila e de mandíbula, 28 (20,5%) usavam somente a prótese total de maxila e 10 idosos (7,3%) não utilizavam qualquer tipo de prótese. Em relação ao número total de idosos avaliados (300), encontraram-se percentuais de 32,6%, de portadores de próteses totais superiores e inferiores e de 17% de portadores de próteses parciais removíveis em um ou em ambos os maxilares.

Em sua investigação SMITH; SHEIHAM ⁷⁶, verificaram que somente 4 desdentados, de um total de 254 idosos avaliados, não usavam próteses. 72% usavam ou necessitavam usar próteses totais superiores e inferiores. Destes 10% apresentaram próteses totais consideradas satisfatórias, 60% mostravam próteses totais insatisfatórias quanto à função e à limpeza enquanto 10% apresentavam apenas uma prótese insatisfatória.

Já MACENTEE, GLICK; STOLAR ⁴⁵, constataram em seu trabalho que, de 255 idosos avaliados, 50% usavam dentaduras completas e 25% usavam próteses removíveis em um ou nos dois arcos. De todas as dentaduras completas e das próteses parciais removíveis, 25% apresentaram grandes defeitos e 16% mostraram-se inadequadas quanto à limpeza.

Analisando-se a tabela 19 e o gráfico 5, percebe-se que, dos 232 idosos com algum tipo de prótese, 113 (48,7%) apresentavam alterações bucais relacionadas ao uso de próteses. Isto demonstra que, em relação ao total de pessoas examinadas (300), 37,6% apresentavam alterações bucais associadas ao uso de próteses. Estas alterações afetaram mais as mulheres (56,2%) do que os homens (29,2%) e esta associação foi estatisticamente significativa ($p = 0,0002$). Entre as 113 alterações bucais associadas ao uso de próteses, foram encontrados 77 casos (68,1%) de candidíase crônica eritematosa, 17 casos (15,0%) de queilite angular, 14 casos (12,3%) de hiperplasias fibrosas inflamatórias (destas, 5 foram causadas por câmaras de sucção no palato) e 5 casos (4,4%) de ulcerações de mucosa bucal associadas à prótese. A ocorrência de candidíase crônica eritematosa foi maior nas mulheres do que nos homens e a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Estes dados estão de acordo com os de REGEZI; SCIUBBA⁶², que relataram uma maior propensão das mulheres para o desenvolvimento desta forma de candidíase.

Os dados atuais são superiores àqueles relatados por ROSA; CASTELLANOS; PINTO ⁶³, que encontraram 7,8% dos idosos com estomatites, 0,4% com ulcerações e 10,5% com hiperplasias. Talvez essa diferença, se deva ao fato aqueles autores não serem especializados no diagnóstico de lesões de superfície de mucosa bucal.

As patologias associadas ao uso de próteses totais (candidíase crônica eritematosa e ulcerações) foram encontradas em 10% dos pacientes idosos institucionalizados avaliados por PAUNOVICH⁵⁹. SMITH; SHEIHAM⁷⁶, investigaram e constataram a prevalência de 59% de lesões de superfície de mucosa associadas ao uso de próteses. A alteração bucal mais comum foi a queilite angular, já que apresentada por 73 (40,1%) dos 182 indivíduos que usavam alguma prótese. Destes 182 usuários de próteses, 52 (28,5%) apresentaram candidíase crônica eritematosa, 26 (14,2%) mostraram ulcerações relacionadas com a prótese e 26 (14,2%) apresentaram hiperplasias fibrosa inflamatórias (chamadas de hiperplasias irritativas pelos autores). Todos os indivíduos com hiperplasias fibrosas inflamatórias apresentavam próteses insatisfatórias quanto à adesão e retenção e esta associação foi considerada estatisticamente significativa.

ETTINGER²⁵, relatou uma prevalência de 20% de estomatites por dentaduras (candidíase crônica eritematosa e hiperplasia papilar), na população idosa que usa próteses totais. Associou esta alteração ao uso contínuo da prótese e à falta de uma limpeza adequada da prótese. A placa formada no interior da prótese é colonizada por uma variedade de organismos, inclusive pela *Candida albicans*. As toxinas produzidas por estes microrganismos induzem a reação inflamatória na mucosa bucal.

MACENTEE; GLICK; STOLAR⁴⁵, verificaram que 30% dos idosos avaliados apresentavam lesões bucais relacionadas ao uso de próteses. Constataram, entre os 175 portadores de próteses de seu estudo, 59 casos (33,7%) de candidíase crônica eritematosa, 14 casos (8,0%) de hiperplasia fibrosa inflamatória, 11 casos (6,0%) de queilite angular e 3 casos (2,0%) de ulcerações de mucosa associadas ao uso de prótese.

LOCKHART et al.⁴⁴, citaram como fatores predisponentes ao aumento da colonização pela *Candida albicans* nos idosos, a presença de alterações sistêmicas e o uso de medicamentos. VERRAN; MARYAN⁸², apontaram fatores que mais predispoem o aparecimento da candidíase crônica eritematosa: o traumatismo crônico causado pela prótese, as relações oclusais deficientes, a topografia da superfície interna da prótese e a não remoção da prótese durante a noite. A alta prevalência de candidíase crônica eritematosa (33,1%) encontrada entre os 232 idosos portadores de próteses, do presente trabalho, pode estar relacionada à presença de doenças sistêmicas, ao uso de medicamentos e ao hábito de não remover as próteses ao dormir. Todos os idosos que apresentaram esta alterações confirmaram tal hábito.

As 216 próteses totais e parciais avaliadas em Bauru tinham os seguintes tempos de uso: 79 (36,5%) de 1 a 5 anos, 56 (25,9%) de 6 a 10 anos, 23 (10,6%) de 11 a 15 anos, 23 (10,6%) 16 a 20 anos, 24 (11,1%) de 21 e 30 anos e 11 (5,0%) mais de 30 anos de uso. As 5 próteses que ainda apresentavam a câmara de sucção no palato, tinham mais de 30 anos de uso. A maior parte destes idosos pensava que o uso de dentadura o dispensava da visita regular ao dentista. As dificuldades socioeconômicas relatadas pela maioria destes idosos só acentuaram a situação. As próteses com maiores tempos de uso apresentavam condições insatisfatórias de aparência, função ou limpeza, porém muitos idosos mostravam-se totalmente satisfeitos com seus aparelhos, relatando desempenho mastigatório suficiente para ingestão de todo tipo de alimentos.

A tabela 20 expressa a relação da ocorrência das alterações bucais associadas ao uso de prótese, em razão de seu tempo de uso. Observou-se que, em geral, com o aumento do tempo de uso da prótese, houve um aumento da

percentagem de próteses associadas ao aparecimento destas alterações. 100% das próteses com mais de 31 anos de uso estavam associadas a alterações bucais. A exceção observada no período de uso de 1 a 5 anos, pode ser explicada pela ocorrência de todos os 5 casos de ulcerações. A ocorrência de candidíase crônica eritematosa parece não ser influenciada pelo tempo de uso da prótese. O teste de Qui-quadrado não foi estatisticamente significativo ($p = 0,5681$) para a associação entre candidíase crônica eritematosa e o tempo de uso da dentadura (tabela 20). Constatou-se que 32,9% das próteses consideradas novas, com idades entre 1 a 5 anos, estavam relacionadas à presença de candidíase crônica eritematosa.

A tabela 21 aponta as principais características sócio-demográficas do edentulismo nos idosos avaliados em Bauru. Dos 300 idosos examinados, 136 (45,3%) eram desdentados (destes, 74,2% eram mulheres), 66,1% relatavam procedência rural, 28,6% eram analfabetos, 66,1% tinham apenas o 1º grau de instrução e 77,9% possuíam rendas mensais variáveis entre 1 e 5 salários mínimos. SMITH; SHEIHAM ⁷⁶, em 1979 encontraram um índice de edentulismo de 74% entre os 254 idosos avaliados por eles. Não foi constatada diferença estatisticamente significativa na relação do edentulismo com idade ou gênero, mas os autores notaram marcada diferença na quantidade de edentulismo entre pessoas nas diferentes classes sociais. 80,5% dos idosos de classes sociais menores eram desdentados enquanto que, entre os idosos de melhor condição econômica, 62,7% mostravam-se sem dentes naturais.

Observou-se que a taxa de edentulismo encontrada nos idosos avaliados em Bauru são próximas daquelas encontradas por SLADE et al.⁷⁵, que notou uma ocorrência maior do evento nas faixas etárias mais velhas (75 anos e mais). O mesmo ocorreu nos idosos avaliados em Bauru, conforme mostram a tabela 22 ou o

gráfico 6. Embora estes achados também estejam de acordo com aqueles encontrados por PAUNOVICH⁵⁹ (47%), deve-se ressaltar que aquela autora usou uma amostra de idosos institucionalizados, sabidamente com condições bucais mais precárias que aquelas encontradas em idosos independentes ou parcialmente dependentes. Os dados de SILVA⁷³, para o edentulismo (40,4%) também são compatíveis com os de SLADE et al.⁷⁵ e os achados de Bauru. As altas taxas de edentulismo (79,9%) encontradas por ROSA; CASTELLANOS, PINTO⁶³ talvez sejam devidas ao fato de a pesquisa ter sido realizada na cidade de São Paulo, que apresenta todas as mazelas da cidade grande, e à inclusão dos idosos institucionalizados, que eram quase todos desdentados. Estes dados estão mais próximos dos achados de SALIBA et al.⁶⁵ (69%) que só avaliaram idosos institucionalizados.

Os achados de Bauru confirmam as afirmações de KIAYK et al.³⁹, de que os idosos dos países em desenvolvimento se encontram em estágios culturais anteriores àquele dos idosos dos países desenvolvidos. Ainda apresentamos altas taxas de edentulismo na faixa etária dos 60 a 69 anos (41,6%) (tabela 22), taxas estas, próximas às encontradas em idosos americanos institucionalizados⁵⁹.

Em relação ao total da amostra analisada em Bauru, o edentulismo teve uma prevalência de: 40,7% nos homens; 47,1% nas mulheres (diferença estatisticamente não significativa, $p = 0,3066$), 69,6% nos analfabetos, 50,5% nos idosos com instrução de 1º grau, 55,2% nos idosos com rendimento mensal entre 1 e 5 salários mínimos (tabela 21). A relação do edentulismo com a procedência rural ($p < 0,0001$), com o grau de escolaridade ($p < 0,0001$) e com os rendimentos mensais ($p < 0,0001$) foi estatisticamente significativa (tabela 21).

7 – CONCLUSÕES

7- CONCLUSÕES

Em razão dos resultados obtidos, podemos concluir que:

7.1- As alterações bucais mais prevalentes na população de idosos, independentes ou parcialmente dependentes, com 50 anos e mais, na cidade de Bauru, foram aquelas associadas ao uso de próteses, principalmente a candidíase crônica eritematosa de palato, especialmente nas mulheres; as alterações da língua, como a língua saburrosa e a língua varicosa; e a gengivite.

7.2- Em relação à saúde bucal, o grau de satisfação relatado pelos idosos examinados foi superestimado pois não se mostrou condizente com a avaliação clínica das condições bucais e das próteses utilizadas. As principais queixas de problemas bucais foram aquelas relacionadas com odontalgias ou com problemas gengivais e ainda com a sensação de boca seca.

7.3 – A auto-percepção da saúde bucal e a ocorrência de queixas bucais não estavam relacionadas ao grau de escolaridade, à renda mensal ou à presença de dentes naturais. As queixas de problemas bucais tiveram associação estatisticamente significantes com os casos de queixa de ansiedade.

7.4 – As doenças sistêmicas mais freqüentes nos idosos avaliados em Bauru foram ; as doenças cardiovasculares, as doenças reumáticas, a ansiedade, a depressão e a diabetes mellitus. Os medicamentos rotineiramente mais utilizados pela população idosa avaliada foram : as medicações para o controle de desordens cardiovasculares, os antiinflamatórios (incluindo-se as fórmulas manipuladas), os

psicotrópicos e os medicamentos hipoglicemiantes para o controle da diabetes mellitus .

7.5- O edentulismo apresentou uma prevalência de 45,3% nos idosos avaliados em Bauru. Houve uma associação estatisticamente significativa do edentulismo com a procedência rural, com o analfabetismo e com rendimentos mensais entre 1 e 5 salários mínimos.

7.6- A maioria das próteses removíveis parciais e totais utilizadas pelos idosos avaliados apresentavam condições insatisfatórias de função, de aparência e de limpeza .

7.7- Foi elaborada uma ficha odontológica específica para o atendimento de pessoas idosas. Esta ficha foi idealizada a partir da literatura consultada ^{17, 20, 30, 32, 36, 37, 41, 42, 57, 61, 70, 73, 76, 78, 81} e após os resultados obtidos com a utilização de um modelo similar em 300 pessoas idosas de Bauru (anexo 10).

ANEXO 1

Distribuição das características sócio - demográficas de 61 idosos masculinos e femininos, da amostra USC, Bauru, 1999

Características		masculinos		femininos	
		n.º	%	n.º	%
Sócio- demográficas		(9)	(14,75)	(52)	(85,24)
Procedência	zona urbana	5	8,19	43	70,49
	zona rural	4	6,55	9	14,75
Idade (anos)	50 – 59	4	6,55	24	39,34
	60 – 69	5	8,19	19	31,14
	70 – 79	-	-	9	14,75
	80 – 89	-	-	-	-
	90 - +	-	-	-	-
Estado Civil	Solteiro	1	1,64	1	1,64
	Casado	7	11,47	28	45,90
	Divorciado	1	1,64	6	9,83
	Viúvo	-	-	17	27,86
Cor da pele	Leucoderma	8	13,11	47	77,04
	Melanoderma	-	-	3	4,91
	Xantoderma	1	1,64	2	3,27
Escolaridade	Analfabeto	-	-	-	-
	1º Grau	1	1,64	22	36,06
	2º Grau	3	4,91	16	26,23
	3º grau	5	8,19	12	19,67
Renda Mensal	1 – 5 SM*	3	4,91	13	21,31
	6 – 10 SM	4	6,55	23	37,70
	11 – 15 SM	-	-	9	14,75
	16 – 20 SM	1	1,64	6	9,83
	21 - + SM	1	1,64	1	1,64

* Salário Mínimo = R\$ 136,00 / US\$ 75.5

ANEXO 2

Distribuição das características sócio - demográficas de 37 idosos masculinos e femininos, da amostra PARTICULAR, Bauru, 1999

Características Sócio- demográficas		masculinos		femininos	
		n.º (13)	% (35,13)	n.º (24)	% (64,86)
Procedência	zona urbana	6	16,21	13	35,13
	zona rural	7	18,92	11	29,73
Idade (anos)	50 – 59	-	-	1	2,70
	60 – 69	6	16,21	8	21,62
	70 – 79	5	13,51	12	32,43
	80 – 89	1	2,70	3	8,10
	90 - +	1	2,70	-	-
Estado Civil	Solteiro	-	-	2	5,40
	Casado	11	29,73	10	27,02
	Divorciado	-	-	1	2,70
	Viúvo	2	5,40	11	29,73
Cor da pele	Leucoderma	11	29,73	24	64,86
	Melanoderma	-	-	-	-
	Xantoderma	2	5,40	-	-
Escolaridade	Analfabeto	3	8,10	4	10,81
	1º Grau	6	16,21	12	32,43
	2º Grau	2	5,40	5	13,51
	3º grau	2	5,40	3	8,10
Renda Mensal	1 – 5 SM*	4	10,81	9	24,32
	6 – 10 SM	4	10,81	11	29,73
	11 – 15 SM	-	-	1	2,70
	16 – 20 SM	2	5,40	3	8,10
	21 - + SM	3	8,10	-	-

* Salário Mínimo = R\$ 136,00 / US\$ 75.5

ANEXO 3

Distribuição das características sócio - demográficas de 202 idosos masculinos e femininos, da amostra PROMAI , Bauru, 1999.

Características Sócio- demográficas		masculinos		femininos	
		n.º (64)	% (31,68)	n.º (138)	% (68,31)
Procedência	zona urbana	24	11,88	54	26,73
	zona rural	40	19,80	84	41,58
Idade (anos)	50 – 59	1	0,49	7	3,46
	60 – 69	28	13,86	66	32,67
	70 – 79	28	13,86	56	27,72
	80 – 89	4	1,98	7	3,46
	90 - +	3	1,48	2	0,99
Estado Civil	Solteiro	3	1,48	13	6,43
	Casado	55	27,22	66	32,67
	Divorciado	2	0,99	13	6,43
	Viúvo	4	1,98	46	22,77
Cor da pele	Leucoderma	53	26,23	105	51,98
	Melanoderma	8	3,96	31	15,34
	Xantoderma	2	0,99	1	0,49
Escolaridade	Analfabeto	16	7,92	33	16,33
	1º Grau	41	20,29	95	47,03
	2º Grau	3	1,48	9	4,45
	3º grau	4	1,98	1	0,49
Renda Mensal	1 – 5 SM*	49	24,25	114	56,43
	6 – 10 SM	13	6,43	21	10,39
	11 – 15 SM	2	0,99	2	0,99
	16 – 20 SM	-	-	-	-
	21 - + SM	-	-	1	0,49

* Salário Mínimo = R\$ 136,00 / US\$ 75.5

ANEXO 4**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Bauru, 27 de agosto de 1999

Senhora Professora,

O projeto de pesquisa encaminhado a este COMITÊ DE ÉTICA denominado “ A ANAMNESE COMO DIFERENCIAL NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO IDOSO”, de autoria da CD Izabel Maria Marchi de Carvalho, sob orientação da Prof^a. Dr.^a Ana Lúcia Alvares Capelozza, foi enviado ao relator para ser analisado sob o ponto de vista ético.

Na reunião de 26 de agosto último, o parecer do relator foi julgado pelo Comitê que o aprovou, considerando não existir questões éticas pendentes.

Atenciosamente,



Dr. Roberto L. Maringoni
Coordenador CEP FOB

Ilma. Sr.^a
Prof^a. Dr.^a Ana Lúcia Alvares Capelozza
Disciplina de Diagnóstico Oral
FOB – USP

ANEXO 5

NOME:.....EST.CIVIL:.....
 IDADE:..... NASCIMENTO:/...../..... LOCAL NASC. :..... .NACIONALIDADE :.....
 GÊNERO:PROCEDÊNCIA: ZONA URBANA ZONA RURAL
 COR DA PELE:RENDA MENSAL (S M) :ESCOLARIDADE:
 ENDEREÇO: N.º
 CIDADE:..... UF FONE: ()

TERMO DE CONSENTIMENTO

Esta pesquisa tem por objetivo estabelecer uma ficha clínica adaptada para o atendimento odontológico de pessoas com mais de 50 anos de idade.

A pesquisa constará de entrevista e exame clínico (exame físico extra e intrabucal e, se necessária uma radiografia panorâmica), sendo que, na entrevista cada pessoa opinará sobre sua saúde bucal.

A pesquisa não envolverá riscos ou prejuízos à saúde da pessoa envolvida. A radiografia panorâmica, quando corretamente indicada, é preconizada pela literatura especializada como forma de avaliação inicial geral e de proteção ao paciente contra os excessos de radiação ionizante.

Todo participante da pesquisa pode pedir esclarecimentos quanto aos procedimentos adotados na pesquisa, em qualquer fase da mesma.

Todo participante pode, em qualquer momento, se retirar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

A privacidade das pessoas participantes estará assegurada quanto ao sigilo dos dados pessoais envolvidos na pesquisa.

Todos os exames complementares e as fotografias quando necessárias, serão realizados observando-se os preceitos éticos, e ficarão retidos com a pesquisadora, para uso na pesquisa, em ensino e em divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro.

Por este instrumento de consentimento por mim assinado, concordo em participar da pesquisa acima descrita e especificada.

Bauru, de de

Assinatura do paciente

ANEXO 6

NOME:.....EST.CIVIL:.....
 IDADE:..... NASCIMENTO:/...../..... LOCAL NASC. :..... .NACIONALIDADE :.....
 GÊNERO: PROCEDÊNCIA: ZONA URBANA ZONA RURAL
 COR DA PELE:RENDA MENSAL (S M) :ESCOLARIDADE:
 ENDEREÇO: N.º
 CIDADE:..... UF FONE: ()

TERMO DE CONSENTIMENTO

Esta pesquisa tem por objetivo estabelecer uma ficha clínica adaptada para o atendimento odontológico de pessoas com mais de 50 anos de idade.

A pesquisa constará de entrevista e exame clínico (exame físico extra e intrabucal e se necessária uma radiografia panorâmica), sendo que, na entrevista cada pessoa opinará sobre sua saúde bucal.

A pesquisa não envolverá riscos ou prejuízos à saúde da pessoa envolvida. A radiografia panorâmica, quando corretamente indicada, é preconizada pela literatura especializada como forma de avaliação inicial geral e de proteção ao paciente contra os excessos de radiação ionizante.

Todo participante da pesquisa pode pedir esclarecimentos quanto aos procedimentos adotados na pesquisa, em qualquer fase da mesma.

Todo participante pode, em qualquer momento, se retirar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

A privacidade das pessoas participantes estará assegurada quanto ao sigilo dos dados pessoais envolvidos na pesquisa.

Todos os exames complementares e as fotografias quando necessárias, serão realizados observando-se os preceitos éticos, e ficarão retidos com a pesquisadora, para uso na pesquisa, em ensino e em divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro.

Por este instrumento de consentimento por mim assinado, concordo em participar da pesquisa acima descrita e especificada.

Bauru, de de

Assinatura do paciente

1. GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL:

Está satisfeito com sua condição bucal S / N

Está satisfeito com sua capacidade em morder e mastigar S / N

Como classifica seu desempenho mastigatório Bom Regular Ruim

Está satisfeito com a aparência de seus dentes S / N

Sua condição bucal afeta sua qualidade de vida S / N

Como?

Tem acesso aos serviços odontológicos S / N

Atendimento particular Convênio Outros

2. QUEIXA DE PROBLEMAS BUCAIS:

Tem algum problema com seus dentes e/ou gengivas S / N

Qual?

Tem algum desconforto bucal S / N

Qual?

Tem dificuldade de abrir ou fechar a boca S / N

Tem algum desconforto durante a conversação S / N

Qual?

Sente a boca seca ou uma menor quantidade de saliva S / N

Sente dificuldade para engolir S / N

Sentiu diminuição da capacidade de identificar sabores S / N

Doce salgado amargo azedo

Sentiu diminuição do olfato S / N

Outros.....

.....

3. HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA:

- () Doenças cardiovasculares
- () Doenças respiratórias
- () Doenças reumáticas
- () Doença renal
- () Ansiedade
- () Depressão
- () Diabetes mellitus
- () Doenças neurológicas
- () Doenças hematológicas
- () Neoplasias
- () Doenças do sistema músculo-esquelético
- () Outras

OBS:

.....

Hábitos, Vícios ou manias :

Drogas usadas:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.Nome do médico assistente:

4- EXAME FÍSICO:

Geral:

.....

Loco-regional:

.....

Glândulas salivares:

.....

Linfonodos:

.....

ATM:

Músculos mastigatórios:

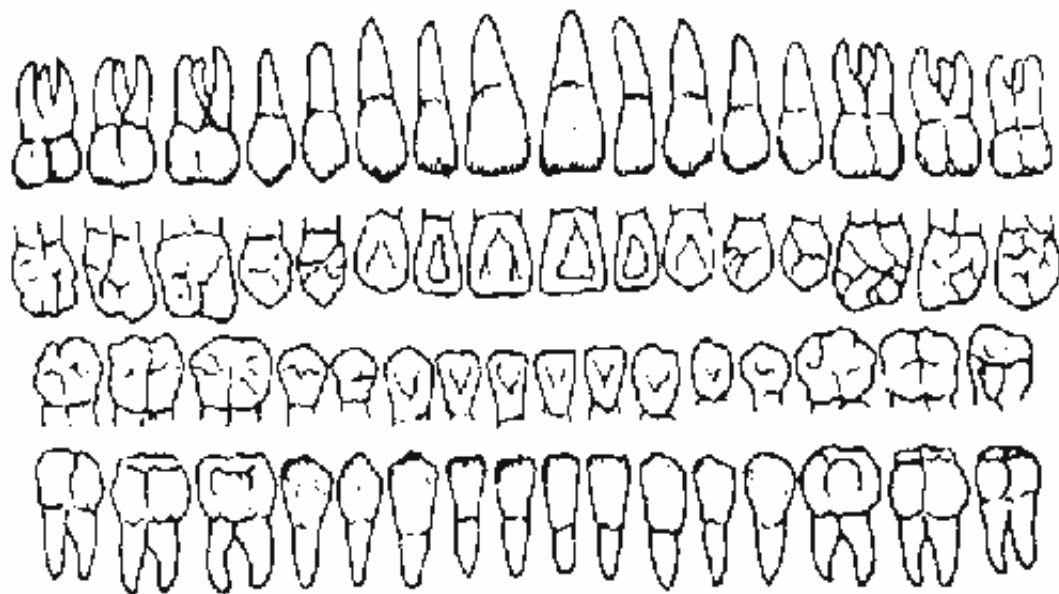
Intrabucal:

 Lábios Mucosa jugal Língua Soalho de boca Palato duro Palato mole Garganta Mucosa alveolar Gengivas

.....

.....

Dentes:



Próteses usadas:

Condições de próteses usadas: SATISFATÒRIA INSATISFATÒRIA

Tempo de uso:..... anos.

Outros:

.....

.....

.....

.....

5- SINAIS VITAIS:

P. A. :.....Pulso:

Respiração: Temperatura :

ANEXO 7

Condições médicas encontradas em cada uma das 3 amostras:

Condições Médicas		USC		PARTICULAR		PROMAI	
		(n = 61)		(n = 37)		(n = 202)	
		n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Doenças	Hipertensão	12	19,6	4	10,8	50	24,7
Cardiovasculares	AVC	-	-	2	5,4	8	3,9
	Outras cardiopatias	3	4,9	9	24,3	48	23,7
Doenças	Bronquite	3	4,9	4	10,8	9	4,4
Respiratórias	Enfisema	-	-	2	5,40	3	1,4
Doenças Reumáticas		15	24,5	31	83,7	111	54,4
Doença renal		10	16,3	5	13,5	17	8,4
Ansiedade		33	54,0	15	40,5	75	37,1
Depressão		25	40,9	16	43,2	82	40,5
Diabete Mellitus		8	13,1	5	13,5	47	23,2
Doenças hematológicas		12	19,6	8	21,6	36	17,8
Neoplasias	mama	2	3,2	3	8,1	2	0,9
	Útero	9	14,7	-	-	4	1,9
	Próstata	1	1,6	4	10,8	3	1,4
	Pele	-	-	-	-	3	1,4
Osteoporose		16	26,2	4	10,8	33	16,3
Outras	Gastrite	7	11,4	5	13,5	26	12,8
	Labirintite	4	6,5	4	10,8	27	13,3
	Tonturas	1	1,6	6	16,2	17	8,4
	Varizes	4	6,5	3	8,1	12	5,9

ANEXO 8

Drogas rotineiramente usadas pelos idosos das 3 amostras analisadas.

Grupo de drogas	Amostra USC (n = 61)		Amostra Particular (n = 37)		Amostra PROMAI (n = 202)	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Analgésicos	—	-	1	2,7	1	0,4
Antihipertensivos	25	40,9	18	48,6	127	62,8
Agentes Psicotrópicos	11	18,0	16	43,2	30	14,8
Hormônios	21	34,4	10	27,0	8	3,9
Agentes hipoglicêmicos	7	11,4	4	10,8	41	20,2
Trombolíticos	2	3,2	7	18,9	25	12,3
Antiinflamatórios	6	9,8	11	29,7	43	21,2
Vitaminas	8	13,1	3	8,1	24	11,8
Antiácidos	1	1,6	2	5,4	15	7,4
Insulina	1	1,6	2	5,4	3	1,4
Digitálicos	1	1,6	10	27,0	37	18,3
Beta bloqueadores	4	6,5	8	21,6	33	16,3
Outros	26	42,6	33	89,1	51	25,2

ANEXO 9

Alterações bucais encontradas em cada uma das 3 amostras avaliadas.

Alterações bucais	USC		PARTICULAR		PROMAI	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Queilite actínica	3	4,9	1	2,7	7	3,4
Queilite angular	0	0,0	1	2,7	16	7,9
Afta (Lábios)	0	0,0	0	0,0	2	0,9
Herpes Labial	2	3,2	0	0,0	1	0,4
Varizes (Lábios)	0	0,0	0	0,0	4	1,9
Leucoplasia (Mucosa jugal)	0	0,0	0	0,0	3	1,4
Líquen Plano (Mucosa jugal)	2	3,2	1	2,7	0	0,0
Varizes (Mucosa jugal)	1	1,6	1	2,7	4	1,9
Hiperplasia fibrosa inflamatória (Mucosa jugal)	0	0,0	1	2,7	3	1,4
Geográfica (Língua)	1	1,6	5	13,5	10	4,9
Saburrosa (Língua)	20	32,7	6	16,2	56	27,7
Fissurada (Língua)	2	3,2	9	24,3	32	15,8
Atrófica (Língua)	2	3,2	1	2,7	5	2,4
Varicosa (Língua)	0	0,0	7	18,9	28	13,8
Afta (Língua)	0	0,0	0	0,0	2	0,9
Glossite romboidal mediana	1	1,6	0	0,0	4	1,9
Sialolitíase (Soalho de boca)	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Afta (Soalho de boca)	0	0,0	0	0,0	3	1,4
Varizes (Soalho de boca)	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Hiperplasia fibrosa inflamatória (Soalho de boca)	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Candidíase crônica eritematosa (Palato)	12	19,6	10	27,0	55	27,2
Estomatite nicotínica	1	1,6	0	0,0	1	0,4
Hiperplasia fibrosa inflamatória (Palato)	0	0,0	1	2,7	4	1,9
Leucoplasia (Mucosa alveolar)	0	0,0	2	5,4	7	3,4
Afta (Mucosa alveolar)	1	1,6	0	0,0	1	0,4
Tatuagem de amálgama (Mucosa alveolar)	0	0,0	1	2,7	2	0,9
Hiperplasia fibrosa inflamatória (Mucosa alveolar)	1	1,6	0	0,0	5	2,4
Gengivite	22	36,0	6	16,2	30	14,8

ANEXO 10**Modelo de ficha odontogerontológica**

NOME:.....EST.CIVIL:.....

NASCIMENTO:/...../..... LOCAL NASC. :.....NACIONALIDADE :.....

GÊNERO: PROCEDÊNCIA: ZONA URBANA ZONA RURAL

COR DA PELE:RENDA MENSAL (S M) :ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: N.º

CIDADE:..... UF FONE: ()

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

.....

Está satisfeito com sua condição bucal	S / N
Está satisfeito com sua capacidade mastigatória	S / N
Como classifica seu desempenho mastigatório	Bom Regular Ruim
Está satisfeito com a aparência de seus dentes	S / N
Sua condição bucal afeta sua qualidade de vida	S / N
Como?	
Tem algum problema com seus dentes e/ou gengivas	S / N
Qual?	
Tem algum desconforto bucal	S / N
Qual?	
Tem dificuldade de abrir ou fechar a boca	S / N
Tem algum desconforto durante a conversação	S / N
Qual?	
Sente a boca seca ou uma menor quantidade de saliva	S / N
Sente dificuldade para engolir	S / N
Sentiu diminuição da capacidade de identificar sabores	S / N
Sentiu diminuição do olfato	S / N

HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA:

- () Doenças cardiovasculares
- () Doenças respiratórias
- () Doenças reumáticas
- () Doença renal
- () Ansiedade
- () Depressão
- () Diabetes mellitus
- () Doenças neurológicas
- () Doenças hematológicas
- () Neoplasias
- () Doenças do sistema músculo-esquelético
- () Outras

OBS:.....
.....
.....

Hábitos, Vícios ou manias :

Drogas usadas:
.....
.....

Nome do médico assistente:

SINAIS VITAIS:

P. A. :.....Pulso:

Respiração: Temperatura :

Assinatura do paciente:Data:.....

EXAME FÍSICO:

Geral:.....

Loco-regional:

Glândulas salivares:

Linfonodos:

ATM:

Músculos mastigatórios:

Intrabucal:

- () Lábios
- () Mucosa jugal
- () Língua
- () Soalho de boca
- () Palato duro
- () Palato mole
- () Garganta
- () Mucosa alveolar
- () Gengivas

Outros:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

- 1- AMERICAM ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEONS
Dental management of the geriatric patient. **AAOMS Surg. Update**. Summer 1995.
- 2- BACIERO, G. R. ; GANDARIAS, F. J. G.de ; PÉREZ, L. M. **Oral Health in elderly in Spain**. s.l., Eguia, 1998.
- 3- BARROWCLOUGH, F; PINEL, C. The process of ageing. **J. Adv. Nurs**. v.6, n.4, p.319 – 25, July 1981.
- 4- BASTOS, J. R. M.; SALIBA, N. A.; UNFER, B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. **Rev. paul. Odont.**, v.18, n.4, p.38 –42, jul./ago. 1996.
- 5- BERG, R. & MORGENSTERN, N. E. Physiologic changes in the elderly. **Dent. clin. N. Amer.**, v.41, n.4, p.651-67, Oct. 1997.
- 6- BEYTH, R. J. ; SHORR, R.I. Epidemiology of adverse drug reactions in the elderly by drug class. **Drugs Aging**, v.14, n.3, p.231 – 9, Mar. 1999.
- 7- BILLINGS, R. J. ; PROSKIN, H. M. ; MOSS, M.E. Xerostomia and associated factors in a community – dwelling adult population. **Commun. dent. oral Epidemiol.**, v.24, n.5 , p.312 – 6, 1996.
- 8- BONELLI, G. G. O paciente idoso em Odontologia. Disponível: **site Gustavo Giovanni Bonelli Odontologia**. URL:
<http://www.geocities.com/Hollywood/Hills/9081/idoso.htm>. Consultado em 29 mai. 2000.

* Normas recomendadas para uso no âmbito da Universidade de São Paulo, com base no documento “Referências Bibliográficas: exemplos”, emanado do Conselho Superior do Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, em reunião 20 de setembro de 1990.

- 9-BOULIERE, F. Ecology of human senescence. In:_____. **Textbook of Geriatric medicine and gerodontology**. Edinburg, J.C. Brocklerhurst, 1973. p. 60 – 74 apud BARROWCLOUGH, F. ; PINEL, C. The process of ageing. **J. Adv. Nurs.**, v.6, n.4, p.319 – 25, July 1981.
- 10-BOYD, L. D.; DWYER, J. T. Guidelines for nutrition screening, assessment, and intervention in the dental office. **J. dent. Hyg.** , v.72, n.4, p.31 – 43, Fall 1998.
- 11- BRADLEY, R. M. Effects of aging on the anatomy and neurophysiology of taste. **Gerodontics**, v.4, n.5, p.244 – 248, Oct.1988.
- 12-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde . **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, Ministério da Saúde, 1988.
- 13- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- 14-BURCH, P. R. J. The biological nature of aging. In:_____. **Symposia of geriatric medicine**. Birmingham, R. D. T. Cape, 1974. v.3. p.3 – 14 apud BARROWCLOUGH, F.; PINEL, C. The process of aging. **J. Adv. Nurs.**, v.6, n.4, p.319 – 25, July 1981.
- 15- CAPLAN, D. J. ; HUNT, R. J. Salivary flow and risk of tooth loss in elderly population. **Commun. dent. oral Epidemiol.** , v.24, n.1, p.68 – 71, 1996
- 16-CARLSON, M. R. & KAMEN, S. The interface between dentistry and medicine: a shared perspective **J. Canad. dent. Ass.**, v.63, n.1, p.42-5, Jan. 1997.
- 17- CHINELLATO, L. E. M.; DAMANTE, J. H. **Introdução aos métodos semiológicos**. Bauru, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 1987.

- 18- CLYDESDALE, F. M. Changes in color and flavor and their effects on sensory perception in the elderly. **Nutr. Rev.**, v.52, n.8 pt 2, p.19 – 20 , Aug. 1994.
- 19- CORMACK, E. A saúde oral do idoso. Disponível: **site Catálogo de Odontologia na Internet** URL:
<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>. Consultado em 04 abr. 2000.
- 20-DOLAN, T. A.; GOOCH, B. F.; BOURQUE, L. B. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment . **Commun.oral Epidemiol.** , v.19, n.1, p.1-8, Feb. 1991.
- 21- DUNKERSON, J. A. O atendimento ao paciente geriátrico. Disponível: **site Catálogo de Odontologia na Internet** (21 jul. 1998) URL:
<http://www.odontologia.com.br/artigos/paciente-geriatrico.html>. Consultado em 6 out. 1998
- 22- DUNKERSON, J. A. O odontologia na terceira idade. Disponível: **site ABO – Poços de Caldas (11 abr. 2000)** URL:
<http://www.pcs.matrix.com.br/abopc/Geria.HTM> Consultado em 20 mar. 2000
- 23- ERSHLER, W. B.; LONGO, D. L. The biology of aging – the current research agenda. **Cancer**, v.80, n.7, p.1284 – 93, Oct. 1997.
- 24- ETTINGER, R. L. Cohort differences among aging populations: a challenge for the dental profession. **Spec. care Dent.**, v.13, n.1, p.19 – 26, Jan./ Feb. 1993.
- 25- ETTINGER, R. L. The unique oral health needs of aging population. **Dent. clin. N. Amer.**, v.41, n.4, p.633 –49, Oct. 1997
- 26- FALTA DE SAÚDE BUCAL INFLUI NA ALIMENTAÇÃO. **Rev. ass. paul. cirurg. Dent.**, v.53, n.1, p.17 – 19, jan./fev. 1999.

- 27- FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE – FDI Comprission on oral health: reserch and epidemiology. **Working group 5** : oral needs of the elderly. Amsterdam: FDI, 1987. 1v. apud KINA, S. et al . O ensino da estomatogeriatria na Brasil: a experiência de Maringá. **Rev. odont. USP**, v. 10, n.1, p.69 – 73, jan./mar. 1996.
- 28-FIGUEIREDO, M. A. Z. et al. Alterações fisiológicas frequentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. **Odontol. Mod.**, v.20, n.4, p.33-34, jul./ago.1993.
- 29- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 1991**. resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios. São Paulo, IBGE, 1991.n.21.p. 492.
- 30- GILBERT, G. H. et al. Oral disadvantage among dentate adults. **Commun. dent. oral Epidemiol.**, v.25, n.4, p.301-13, Aug. 1997.
- 31- GILBERT, G. H. et al. Multidimensionality of oral health in dentate adults. **Med. Care**, v.36, n.7, p.988-1001, July 1998.
- 32 - GRIEP, M. I. et al. Sensory detection of food odour in relation to dental status, gender and age. **Gerodontology**, v.13, n.1, p.56 –62, July 1996.
- 33 - GRINSPAN, D. et al. Burning mouth syndrome. **Int. J. Dermatol.**, v. 34, n.7, p.483 –7, July 1995.
- 34 - HAAS, D. A et al. Pharmacology and therapeutics: the older periodontal patient. In : ELLEN, R. P., ed. **Periodontal care for older adults**. s.l., Canadian Scholar's, 1991.
- 35- HAUG, S. P. Prosthodontics and aging patient. **J. Indiana dent. Ass.**, v.76, n.4, p.21 – 4, Winter 1997/1998.

- 36 - JOLLY, D. E. Evaluation of the medical history. **Dent. clin. N. Amer.** , v.38, n.3, p.361-80, July 1994.
- 37 - KILMARTIN, C. M. Managing the medically compromised geriatric patient. **J. prosth. Dent.** , v.72, n.5, p.492-9, Nov. 1994.
- 38 - KINA, S. et al . O ensino da estomatogeriatria na Brasil: a experiência de Maringá. **Rev. odont. USP** , v.10, n.1, p.69 – 73, jan./mar. 1996.
- 39 - KIYAK, H. A. et al. Influences on the perceptions of and responses to periodontal disease among older adults. **Periodontol 2000**, v.16, p.34 -43, Feb. 1998.
- 40 - KLEIN, D. R. Oral soft tissue changes in geriatric patients. **Bull. N.Y., Acad. Med.**, v.56, n.8, p.721- 7, Oct. 1980.
- 41- KRESSIN, N. et al. Assessing oral health – related quality of life: findings from the normative aging study. **Med. Care**, v.34, n.5, p.416-27, May 1996.
- 42 - LaROCCA, C. D. ; JAHNIGEN, D. W. Medical history and risk assessment. **Dent. clin. N. Amer.** , v.41, n. 4, p.669-79, Oct. 1997.
- 43 - LEWIS, I. K. et al. Use of medications with potential oral adverse drug reactions in community-dwelling elderly. **Spec. care Dent.**, v.13, n.4, p.171-6, July/Aug.1993.
- 44 - LOCKHART, S. R. et al. Natural defenses against Candida colonization break down in the oral cavities of the elderly. **J. dent. Res.**, v.78, n.4, p.857 – 68, Apr. 1999.
- 45- MACENTEE, M. I.; GLICK, N.; STOLAR, E. Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. **Oral Dis.**, v.4, n.1, p.32 – 6, Mar. 1998.
- 46 - MARINO, R. Oral health of the elderly: reality, myth and perspective. **Bull. Pan. Amer. Heath Organ.**, v.28, n.3, p.202-10, Sept. 1994.

- 47 - MILLER, C. S. et al. . Documenting medication use in adult dental patients: 1987-1991. **J. Amer. dent. Ass.** , v.123, n.11, p.40-8, 1992.
- 48 - MILLER, M. C. ; TRUHE, T.F. Oral health and aging. I. **North. w. Dent.**, v.72, n.6, p.29-31, Nov./Dec. 1993.
- 49- NÄRHI, T. O. Prevalence of subjective feelings of dry mouth in the elderly. **J. dent. Res.**, v.73, n.1, p.20 – 5, Jan. 1994.
- 50 - NAVAZESH, M. ; BRIGHTMAN, V. J.; POGODA, J. M. Relationship of medical status, medications and salivary flow rates in adults of different ages. **Oral surg. oral med. oral path. oral Radiol. Endodont.**, v.81, n.2, p.172 – 6, Feb. 1996.
- 51 - NELSON, J. F. et al Prevalence and significance of prescription medication usage among gerodontic patients. **Gerodontology**, v.6, n.1, p.17 –22, Spring 1987.
- 52- NIESSEN L.C. Aging successfully: oral health for a lifetime. **J. esthet. Dent.**, v. 10, n.5, p.226 – 8, 1998.
- 53- NORSTRÖM, G. et al. A 9– years longitudinal study of reported oral problems and dental and periodontal status in 70 –79 years old city cohorts in northern Sweden. **Acta. odont. Scand.**, v.56, n.2, p.76 –84, Apr. 1998.
- 54 -OSBORN, J. W. ; ARMSTRONG, W. G. ; SPEIRS, R. L. **Anatomy, biochemistry and physiology** Boston: Blackwell Scientific Publications, 1982. apud BRADLEY, R. M. Effects of aging on the anatomy and neurophysiology of taste. **Gerodontics**, v.4, n.5, p.244 – 8, Oct.1988.
- 55 - ÖSTERBERG, T. et al. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. **Acta. odontol. Scand.** , v.56, n.1, p.41 – 7, Feb. 1998.

- 56- OTÁVIO, C. População de idosos vai triplicar até 2010. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 23 Fev. 1997.
- 57 - OW, R. K. K. et al. Perceived masticatory function among elderly people. **J. oral Rehab.**, v.24, n.2 , p.131- 7, Feb. 1997.
- 58- PARK, B. Z. ; KINNEY, M. B.; STEFFENSEN, J. E. M. Putting teeth into your physical exam.II. Adults. **J. Fam. Pract.**, v.35, n.5, p.585-7, Nov. 1992.
- 59 - PAUNOVICH, E. Assessment of the oral health status of the medically compromised homebound geriatric patient: a descriptive pilot study. **Spec. care Dent.** , v.14, n.2, p.80 – 2, Mar./ Apr. 1994.
- 60 - PAUNOVICH, E. SADOWSKY, J. M.; CARTER, P. The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. **Dent. clin. N. Amer.**, v.41, n.4, p.699 – 726, Oct. 1997.
- 61 - PEREIRA, A. C. et al. Condições periodontais em idosos usuários do centro de saúde “ Geraldo de Paula Sousa”, São Paulo, Brasil. **Rev. Facul. Odont. Lins**, v.9, n.1, p.20 –5, jan./jun., 1996.
- 62- REGEZI, J.A. ; SCIUBBA, J.J. **Patologia bucal: Correlações clinicopatológicas.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1989
- 63- ROSA, A.G.F.; CASTELLANOS, R.A.; PINTO, V. G. Saúde bucal na 3ª idade: um diagnóstico epidemiológico. **Rev. Gaúcha Odont.**, v.41, n.2, p.97-102, mar./abr. 1993.
- 64 - ROTA, A. As dificuldades e as delícias de ser idoso. **Jornal da Cidade**, Bauru, 25 abr. 1999. p. 14.
- 65- SALIBA, C. A. et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Rev. ass. paul. cirurg. Dent.**, v.53, n.4, p.279 – 82, jul./ago. 1999

- 66 - SAUNDERS, M. J. Nutrition and oral health in the elderly. **Dent. clin. N. Amer.** , v.41, n.4, p.681 –98, Oct. 1997.
- 67 - SCHIFFMAN, S. S. Taste and smell losses with age. **Bol. ass. med. P. Rico**, v. 83, n.9, p.411 – 4, Sept. 1991.
- 68 - SCHIFFMAN, S. S Changes in taste and smell : drug interactions and food preferences. **Nutr. Rev.**, v.52, n.8 pt 2, p.11 –4, Aug. 1994.
- 69 - SHAID, E. C. Dry mouth in the elderly . **J. Gerontol. Nurs.**, v.19, n.9, p.42- 4, Sept. 1993.
- 70 - SHAY, K. Identifying the needs of the elderly dental patient: the geriatric dental assessment. **Dent. clin. N. Amer.**, v.38, n.3, p.499 – 523, July 1994.
- 71 - SHIP, J. A. et al. Geriatric oral health and its impact on eating . **J. amer. geriatr . Soc.**, v.44, n.4, p.456 – 64, Apr. 1996.
- 72 - SHIP, J. A. The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell. **Physiol. Behav.**, v.66, n.2, p.209 – 15, Apr. 1999.
- 73 - 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.
- 74 - SILVESTRE , J. A . et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde. **Arch. geriatr. Gerontol.**, v.0, n.1, p.81 – 9, Set. 1996.
- 75 - SLADE, G.D. et al. Oral Health status and treatment needs of non-institutionalized persons aged 60+ in Adelaide, South Australia. **Aust. dent. J.**, v.38, n.5, p.373-80, Oct. 1993.
- 76 - SMITH, J. M. ; SHEIHAM, A. How dental conditions handicap the elderly. **Commun. dent. oral Epidemiol.**, v.7, n.6, p.305-10, 1979.

- 77 - SOON, J. A. Effects of drug therapy on oral health of older adults. **Probe**, v.26, n.3, p.118- 20, Autumn 1992.
- 78 - STEELE, G. et al. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Commun. dent. oral Epidemiol.** , v.25, n.2, p.143-9, Apr. 1997.
- 79 - TAN, G. H. ; NELSON, R. L. Pharmacologic treatment options for non-insulin-dependent diabetes mellitus. **Mayo clin. Proc.**, v.71, n.8 , p.763 – 8, Aug. 1996.
- 80-TÁRZIA, O. Sim, é possível envelhecer saudável! . **Rev. ass. paul. cirurg. Dent.**, v.54, n.2, p.91-95, mar. /abr.2000.
- 81-THINES, T.; KARUZA JUNIOR, J. ; MILLER, W. A. Oral health impact of quality of life: methodological and conceptual concerns. **Gerodontics**, v.3, n.3, p. 100-2, June 1987.
- 82- VERRAN, J. ; MARYAN, C. J. Retention of *Candida albicans* on acrylic resin and silicone of different surface topography. **J. prosth.Dent.**, v.77, n.5, p.535-9, May 1997.
- 83- WERNER, C.W et al. Odontologia geriátrica. **Rev. Facul. Odont. Lins** , v.11, n. 1, p.62-70, jan/jun.1998.
- 84 - WOLFF, A. et al. Oral mucosal appearance is unchanged in healthy , different – aged persons. **Oral surg. oral med. oral pathol. oral Radiol. Endodont.**, v. 71, n.5, p.569 – 72, May 1992.
- 85- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa** . 2 ed. Berlim Springer 1997.
- 86- ZWETCHKENBAUM, S. R. ; SHAY, K. Prosthodontic considerations for the older patient. **Dent. clin. N. Amer.**, v.41, n.4, p.817-45, Oct. 1997.

ABSTRACT

**Sociodental evaluation of 300 elderly people in the city of Bauru, S.
Paulo State Brasil**

ABSTRACT

A sociodental investigation was carried out with 300 elderly people, aging 50 years or older, living at home in Bauru. The aim of the present study was to acknowledge the general and dental health, as well as to elaborate a specific clinical file for the elderly.

The study was composed of a direct interview and an oral cavity exam.

The clinical investigation was based on an established criteria: their medical records, their satisfaction with specific aspects of oral health and their complaints. The results were related to different levels of income and education and the presence of anxiety.

The oral exam checked the main alterations of the buccal mucosa and the elderly's prosthesis conditions. The conclusions were:

- 1) The buccal alterations found were related to the use of prosthesis, mainly denture stomatitis, specially in women; tongue varicosity, saburral tongue and gingivitis.
- 2) The level of satisfaction related by the elderly was super estimated and was not compatible with the findings of the clinical examination. Toothache, gingival bleeding and dry mouth were the main buccal problems referred.
- 3) Anxiety had a statistically significant association with the buccal complaints.
- 4) The most frequent medical conditions were cardiovascular diseases, arthritis, anxiety, depression, and diabetes. The most frequently prescribed medications were cardiacs, anti-inflammatory, CNS agents, oral hypoglycemics agents.

- 5) The prevalence of edentulousness was 45.3% in the elderly population of Bauru. There was a statistically significant association of edentulousness with the elderly coming from the countryside, illiteracy, and income ranging from 1 to 5 minimal salaries.
- 6) The majority of the prosthesis did not show satisfactory functioning, appearance and cleaning conditions.
- 7) The bibliography reviewed and the results of the present study allowed the idealization of a specific file directed to the buccal exam of the elderly.