

**AUTOPERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES
BUCAIS EM PESSOAS COM 60
ANOS E MAIS DE IDADE**

SILVIO ROCHA CORRÊA DA SILVA

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento
de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo, para
obtenção do Grau de Doutor.

Área de concentração:
Serviços de Saúde Pública

**ORIENTADOR: PROF. DR. ROBERTO
AUGUSTO CASTELLANOS FERNANDEZ**

SÃO PAULO
1999

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

Assinatura:

Data:

Dedico este trabalho

A meus pais, Sylvio e Terezinha, em reconhecimento a constante presença, incentivo e confiança dispendidas em todas as etapas de minha formação e educação, aliando sempre amor, carinho e exemplo de vida.

A Cidinha e Daniel pelo amor, carinho, compreensão, estímulo e momentos de convívio subtraídos nesta etapa de vida.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos ao Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez pela atenção e orientação que permitiram a realização deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Lúcia Helena Moura Neves pelo apoio e revisão das tabelas deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Ercília Leal Dini pelo constante incentivo e sugestões nas diversas etapas deste trabalho.

À Prof^a. Amarílis G. Vessi pela revisão ortográfica e gramatical deste trabalho.

Aos funcionários e à direção do Centro Regional de Reabilitação de Araraquara pelo carinho com que me receberam e por permitir a realização da parte prática deste estudo naquele serviço de saúde.

Aos pacientes do Centro Regional de Reabilitação de Araraquara pela compreensão e participação no estudo, pois foram fundamentais na concretização deste trabalho.

Aos professores e funcionários do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP que sempre incentivaram e deram as condições necessárias para o meu aperfeiçoamento profissional.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior) pela bolsa de estudo concedida.

A todos que permanecem no anonimato, mas que deram ao seu modo, e em

seu tempo, o melhor de si para o êxito deste trabalho.

RESUMO

SILVA SRC. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade.** São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a autopercepção das condições bucais em idosos. **Material e Métodos.** Participaram do estudo 337 pessoas, com 60 anos e mais de idade, funcionalmente independentes, que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, SP. Foi aplicado formulário com questões sobre as características sócio-demográficas da amostra, autopercepção da condição bucal e o índice GOHAI. Realizou-se exame clínico para determinar a prevalência das principais doenças bucais. Os testes estatísticos realizados tiveram como objetivo determinar a associação entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas e o índice GOHAI com a autopercepção e também identificar os preditores da auto-avaliação. **Resultados.** O exame clínico revelou que 40,4% das pessoas eram desdentadas, e entre os dentados a cárie e a doença periodontal tiveram grande prevalência. Entre os dentados, 42,7% avaliaram sua condição bucal como regular, enquanto 55,8% dos desdentados afirmaram que era boa. As variáveis associadas à auto-avaliação foram: a classe social, o GOHAI, os dentes cariados e com extração indicada entre os dentados, e a escolaridade e o GOHAI entre os desdentados. A análise multivariada mostrou que os preditores da auto-avaliação foram o GOHAI (em dentados e desdentados), os dentes com extração indicada e o CPITN em dentados. Estes preditores explicaram no máximo 30% da variabilidade da auto-avaliação. **Conclusões.** Entre outros aspectos concluiu-se que a percepção teve pouca influência das condições clínicas e por isso seria importante o desenvolvimento de ações educativas e preventivas junto a esta população. **Descritores:** Odontologia Geriátrica. Condições de Saúde Bucal. Autopercepção da Condição Bucal.

SUMMARY

SILVA SRC. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade** [Self-perception of oral health status in persons aged 60 years and over] São Paulo(BR); 1998. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective. The purpose of this study was to assess the self-perception of oral health status of the elderly. **Methods.** Results are based on interviews and clinical assessment of 337 subjects aged 60 years and over, functionally independents and who used to go to a Health Care in Araraquara, Brazil. A questionnaire with questions about the social characteristics of the sample, self-perception of oral health status and the GOHAI index was applied. A clinical examination was made to determine the prevalence of the main oral diseases. The objective of statistical tests was to determine the association among the social and clinic variables and the GOHAI index with the self-perception. Moreover the tests had to identify the self-assess predictors. **Results.** The clinical examination revealed that 40.4% of the people were edentulous and among the dentate the dental caries and the periodontal disease had a significant prevalence. 42.7% of the dentate assessed their oral health status as regular and 55.8% of the edentulous assessed theirs as good. The social class, the GOHAI index and the decayed and missing teeth among the dentate, and also the level of education and the GOHAI among the edentulous, were associated to the self-assess. The multivariate analysis showed that the predictors of the self-assess were the GOHAI index (among dentate and edentulous), the missing teeth and the CPITN among dentate. These predictors explained 30% of the self-assess variability. **Conclusions.** As the perception had a small influence on the clinical conditions, the development of educated and preventive actions for these people are recommended.

Descriptors: Geriatric Dentistry. Oral Health Status. Self-Perceived Oral Health.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	09
2	REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1	Caracterização do Idoso	13
2.2	Epidemiologia das Doenças Bucais em Idosos	15
2.2.1	Perda dos Dentes	16
2.2.2	Cárie Dentária	19
2.2.3	Doença Periodontal	21
2.2.4	Doenças da Mucosa Bucal	22
2.3	Auto-avaliação das Condições Bucais	24
2.4	Comparação entre a Condição Clínica e a Autopercepção	36
2.5	Validade dos Dados Obtidos Através de Questionários	50
2.6	Operacionalização do Conceito Classe Social	53
3	OBJETIVOS	61
3.1	Objetivo Geral	61
3.2	Objetivos Específicos	61
4	MATERIAIS E MÉTODOS	62
4.1	Contexto da Pesquisa	62
4.2	População de Estudo	62
4.3	Instrumentos de Coleta dos Dados	64
4.4	Apuração dos Dados e Análise Estatística	67
5	RESULTADOS	69
6	DISCUSSÃO	82
7	CONCLUSÕES	94
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
	ANEXOS	
	Anexo 1 – Composição das Classes Sociais Utilizadas no Presente Estudo	107

Anexo 2 – Questionário	109
Anexo 3 - Critérios de Exame para o Índice CPOD	113
Anexo 4 – Ficha Clínica	114
Anexo 5 – Resultados da Análise de Regressão Múltipla	115
Anexo 6 – Tabelas com a Distribuição de Frequência da Auto-Avaliação, de Acordo com Diferentes Variáveis, em Pessoas Dentadas	120
Anexo 7 – Tabelas com a Distribuição de Frequência da Auto-Avaliação, de Acordo com Diferentes Variáveis, em Pessoas Desdentadas	124

1 INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo, e se este fato já vinha ocorrendo nos países mais ricos da Europa e América do Norte, de maneira gradual e desde o início do século, a partir da década de 50 passou a ocorrer também nos países em desenvolvimento e em ritmo acelerado, como conseqüência de grandes avanços tecnológicos e conseqüente declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade (KALACHE e col.²⁸ 1987).

Desde a década de 60 a maioria das pessoas idosas vive em países em desenvolvimento, e no Brasil, o grupo com 60 anos e mais é o que proporcionalmente mais cresce na população desde 1940 (RAMOS e col.⁶¹ 1987).

No caso brasileiro, o rápido envelhecimento populacional tem conseqüências tanto para o grupo como para a sociedade como um todo, pois ao mesmo tempo que estas pessoas necessitam de maior atenção dos serviços de assistência social e de saúde, o país ainda apresenta uma população jovem bastante numerosa e com problemas médico-sociais prioritários (VERAS e col.⁸³ 1987). Este e outros fatores, como o custo mais elevado da assistência à saúde nesta faixa etária e a falta generalizada de recursos fazem com que os problemas aumentem ainda mais.

Na área de saúde bucal a situação também é precária e pode ser observada tanto pelo quadro epidemiológico como pela ausência de programas voltados para este grupo populacional.

Os estudos disponíveis no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵¹ 1988; BIRMAN e col.¹¹ 1991; ROSA e col.⁶⁴ 1992; ROSA e col.⁶⁵ 1993; NEVES⁵⁴ 1994; WATANABE⁸⁵ 1994; PEREIRA e col.⁵⁸ 1996) mostram um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande quantidade de bolsas periodontais, lesões da mucosa bucal e com o uso de próteses inadequadas. Já os programas dirigidos a estas pessoas são raros, pois elas, ainda hoje, apresentam baixa prioridade nos serviços públicos, mesmo com todos os problemas bucais acumulados e com a forte mudança demográfica verificada no país (PINTO⁶⁰, 1997).

De maneira geral, a clínica privada tem um custo elevado para a maioria dos idosos, tendo em vista o baixo valor médio das aposentadorias, enquanto o serviço público oferece apenas os serviços de emergência.

Neste contexto, de abandono e dificuldades, uma das áreas que poderia ser mais bem explorada é a das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na autopercepção, conscientizando a pessoa para a necessidade de cuidados com sua saúde bucal.

Para isso é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois o seu comportamento é condicionado por esta percepção e pela importância dada a ela. Mesmo nos países que mantêm programas dirigidos a idosos, a principal razão para estas pessoas não procurarem o serviço odontológico é a não percepção de sua necessidade (KYIAK³² 1993; STEELE e col.⁷⁷ 1996; REYNOLDS⁶³ 1997; LESTER e col.³⁷ 1998).

Estudos sobre a autopercepção mostram que ela está relacionada com alguns fatores clínicos, como o número de dentes cariados, perdidos ou restaurados (GIDDON e col.²¹ 1976; SMITH e SHEIHAM⁷³ 1980; KÖNÖNEN e col.³³ 1986; ROSENBERG e col.⁶⁶ 1988; STEELE e col.⁷⁸ 1997), e também com os fatores subjetivos, como os sintomas das doenças e a capacidade da pessoa em sorrir, falar ou mastigar sem problemas (TERVONEN e KNUUTTILA⁸⁰ 1988; GILBERT e col.²² 1994; LOCKER e MILLER³⁹ 1994; SLADE e SPENCER⁷¹ 1994), além de ser influenciada por fatores como a classe social, idade, renda e sexo (REISINE e BAILIT⁶² 1980; ATCHISON e col.⁴ 1993; GILBERT²³ 1994).

De maneira geral, estes estudos mostram que as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão (REISINE e BAILIT⁶² 1980; DRAKE e col.¹⁸ 1990), porém usando critérios diferentes do profissional. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição clínica através da presença ou ausência de doença, para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças bucais. Assim, a concordância entre o exame clínico e a autopercepção ocorre geralmente nos casos dolorosos e estéticos, enquanto outros problemas bucais são subestimados pela pessoa.

Em idosos, a percepção também pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis da idade (DRAKE e col.¹⁸ 1990; KYIAK³² 1993), o que pode levar a pessoa a superestimar sua condição bucal.

Os dados sobre a autopercepção são subjetivos, e por isso obtidos a partir de questionários com perguntas abertas ou fechadas. Enquanto alguns estudos (BRADY e MARTINOFF¹² 1980; LAHTI e col.³⁵ 1989; PALMQVIST e col.⁵⁷ 1991; AXELSSON e HELGADÓTTIR⁵ 1995) procuram avaliar se este instrumento de pesquisa tem validade e fidedignidade e se seus dados podem ser utilizados no planejamento e avaliação de programas de saúde, outros autores (ATCHISON e DOLAN³ 1990; LOCKER e MILLER³⁹ 1994; SLADE e SPENCER⁷¹ 1994; LEÃO e SHEIHAM³⁶ 1995) padronizaram questionários para avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais.

Embora esses questionários apresentem a mesma base conceitual e seus conteúdos sejam similares, eles diferem em tamanho, alcance e complexidade. Assim, enquanto o questionário desenvolvido por LOCKER e MILLER³⁹ (1994) é composto por vários indicadores, ATCHISON e DOLAN³ (1990); SLADE e SPENCER⁷¹ (1994) e LEÃO e SHEIHAM³⁶ (1995) desenvolveram índices onde se obtém apenas um valor único para todo o questionário.

O índice desenvolvido por ATCHISON e DOLAN³ (1990) chama-se “Geriatric Oral Health Assessment Index” (GOHAI) e é composto por 12 questões fechadas e com perguntas que procuram refletir os problemas bucais que afetam os idosos nas funções físicas e funcionais, nos aspectos psicológicos e na dor ou desconforto. SLADE e SPENCER⁷¹ (1994) desenvolveram o “Oral Health Impact Profile” (OHIP), um questionário fechado com 49 questões que procura indicar se a pessoa teve, nos últimos 12 meses, algum problema social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses. LEÃO e SHEIHAM³⁶ (1995) desenvolveram um indicador sócio-dental, o “Dental Impact of Daily Living”(DIDL), que avalia problemas psicossociais com reflexos na qualidade de vida das pessoas segundo sua condição bucal.

A autopercepção das condições bucais também pode ser obtida através da aplicação de uma única pergunta à pessoa, onde ela avalia se sua condição bucal é excelente, boa, regular, ruim ou péssima. Este tipo de avaliação é provavelmente menos sensível que o questionário, porém, ganha-se em praticidade e tempo, como nas pesquisas em que são avaliadas grande quantidade de pessoas (DOLAN e col.¹⁷ 1998).

Estes instrumentos foram criados para complementar os indicadores clínicos usados rotineiramente e são tentativas de se obter um instrumento que facilite a coleta de dados sobre a autopercepção, tanto em nível populacional quanto individual, para que estas informações possam ser utilizadas em programas educativos, preventivos, curativos e até por outros profissionais da área da saúde.

Assim, pretende-se, neste estudo, analisar a relação entre a condição clínica e a autopercepção da condição bucal em idosos, bem como os fatores clínicos, subjetivos e sociais que interferem nesta percepção, para que, a partir destes conhecimentos, possam ser desenvolvidos programas educativos voltados à autoproteção em população idosa do município de Araraquara, SP.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Caracterização do Idoso

O envelhecimento pode ser definido de diferentes maneiras. De acordo com KALK e col.²⁹ (1992), enquanto alguns visualizam o envelhecimento como um processo biológico, para outros trata-se de um processo patológico ou ainda de um processo sócio-econômico ou psicossocial. Em termos de conseqüências cronológicas ou psicológicas do envelhecimento existe grande variação entre os indivíduos quanto ao nível econômico, estado de saúde, nível cultural e expectativas, o que dificulta uma definição única.

De qualquer forma, o envelhecimento é um processo contínuo, que não se inicia em nenhuma idade ou momento em particular, e, por isso, estabelecer uma idade para considerar alguém como idoso é um limite arbitrário, mas essencial quando da realização de trabalhos científicos onde a definição dos termos é imprescindível.

Observou-se, através de revisão da literatura, que não existe consenso sobre a idade em que teoricamente uma pessoa passa a ser considerada idosa, pois existem estudos onde a idade de corte se dá aos 50, 60 ou 65 anos.

No levantamento em saúde bucal realizado em 1986, no Brasil, pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵¹ (1988), utilizou-se a faixa etária de 50 a 59 anos de idade por ser considerada a mais representativa e útil em termos de programação de atividades, pois na época a esperança de vida ao nascer, no Brasil, era de 65,5 anos para as mulheres e 61,3 anos para os homens.

Outros estudos que utilizaram a idade de 50 anos para caracterizar a população idosa foram realizados no Canadá, por LOCKER e JOKOVIC⁴⁰ (1996); JOKOVIC e LOCKER²⁶ (1997); LOCKER e col.⁴¹ (1997); LOCKER⁴² (1997).

Os estudos que consideraram como idosas as pessoas com 60 anos e mais foram realizados por BERGMAN¹⁰ (1991); BIRMAN e col.¹¹ (1991); ROSA e

col.⁶⁴ (1992); ROSA e col.⁶⁵ (1993); SLADE e SPENCER⁷¹ (1994); PEREIRA e col.⁵⁸ (1996); STEELE e col.^{76,77} (1996); STEELE e col.⁷⁸ (1997); LESTER e col.³⁷ (1998). Estes trabalhos foram realizados em diferentes países como Brasil, Austrália e Inglaterra. Além destes, de acordo com revisão bibliográfica sobre a condição bucal de idosos latino-americanos, realizada por MARIÑO⁴⁸ (1994), países como Costa Rica, Cuba e Chile também utilizaram a idade de 60 anos e mais para caracterizar o idoso.

Já os estudos onde foi considerada a idade de 65 anos e mais (SMITH e SHEIHAM⁷³ 1980; DRAKE e col.¹⁸ 1990; ATCHISON e col.⁴ 1993; MATTHIAS e col.⁴⁹ 1993; GILBERT e col.²² 1994, MATTHIAS e col.⁵⁰ 1995; WATANABE⁸⁴ 1995; DOLAN¹⁶ 1997), foram realizados em alguns países europeus, nos EUA e no Japão. São países onde o aumento da expectativa de vida vinha ocorrendo desde o início do século e já havia sido substancial à época em que ocorreram importantes conquistas do conhecimento médico, em meados deste século (KALACHE²⁸ 1987).

Nos estudos de TERVONEN e KNUUTILA⁸⁰ (1988) e BROWN¹⁴ (1996), realizados na Finlândia e nos EUA, respectivamente, não se utilizou uma idade de corte mas o grupo etário de 65 a 74 anos, seguindo a recomendação da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE⁵⁶ (1991), que considera sempre grupos etários. De acordo com esta organização, os dados deste grupo são importantes tanto para o planejamento como para a avaliação dos serviços odontológicos.

O idoso também pode ser caracterizado através do conceito de capacidade funcional ou autonomia. KALACHE e col.²⁸ (1987) argumentam que estes conceitos são úteis no contexto do envelhecimento, pois envelhecer mantendo todas as funções não apresenta qualquer problema tanto para o indivíduo como para a comunidade e os problemas surgem quando as funções começam a deteriorar. O conceito está intimamente ligado à manutenção da autonomia, ou seja, o grau de independência com que a pessoa desempenha as funções do dia-a-dia dentro de seu contexto sócio-econômico e cultural.

Do ponto de vista prático, estas funções podem ser medidas através do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, da capacidade que a pessoa tem de cuidar de si própria (higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de

fazer suas próprias compras, manutenção básica da casa e outras). A operacionalização deste conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com a utilização do conceito de envelhecimento cronológico.

ROSA e col.⁶⁵ (1993), em estudo com idosos em São Paulo, no ano de 1989, utilizaram a idade de 60 anos e mais para caracterizar o idoso e dividir estas pessoas em três grupos, de acordo com o estado de dependência funcional. Assim, foram consideradas pessoas: funcionalmente independentes (indivíduos saudáveis, que até podiam apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado com a idade, mas que viviam sem necessitar de ajuda); parcialmente dependentes (apresentavam problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, fazendo com que fossem incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas viviam na comunidade com serviços de suporte); e totalmente dependentes (pessoas cujas capacidades estavam afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que as impossibilitavam de manter autonomia. Essas pessoas estavam geralmente institucionalizadas, recebendo ajuda permanente).

2.2 Epidemiologia das Doenças Bucais em Idosos

No Brasil, os estudos direcionados especificamente aos problemas bucais dos idosos ainda são escassos. A maioria dos trabalhos realizados neste grupo populacional são feitos em alguns países europeus, nos EUA, Canadá e Austrália.

As necessidades de tratamento odontológico deste grupo etário estão geralmente relacionadas a perda dos dentes, a cárie dentária, a abrasões, a doença periodontal, a câncer bucal e a lesões da mucosa bucal.

2.2.1 Perda dos Dentes

A perda parcial ou total dos dentes, um processo irreversível e acumulativo, é um dos principais problemas neste grupo etário, pelo grande número de pessoas atingidas e pelas conseqüências que este fato pode ter na vida da pessoa, não só em relação a sua saúde bucal mas também a sua saúde geral.

Por muito tempo, a perda dos dentes, seja por cárie ou por doença periodontal, foi considerada como algo inevitável e próprio da idade. Embora no Brasil e em vários países a situação ainda seja preocupante, nota-se, principalmente nos países europeus e da América do Norte, uma melhora significativa na quantidade de dentes presentes em idosos e na diminuição de pessoas edêntulas (KALK e col.²⁹ 1992; LESTER e col.³⁷ 1998).

Nos Estados Unidos, de acordo com pesquisa do “National Institute of Dental Research”, realizada em 1985 – 1986 e citada por SHAY⁶⁸ (1994, p.505), os americanos de 65 a 69 anos tinham, em média, 18 dentes presentes; de 75 a 79 anos estavam presentes 16,8 dentes e as pessoas com 80 anos e mais tinham 15,1 dentes presentes. O percentual de pessoas edêntulas com 65 anos e mais foi de 41%. Em 1991, o levantamento nacional “The Third National Health and Nutrition Examination Survey”, citado por BROWN¹⁴ (1996), mostrou, através do exame de 8377 pessoas adultas, uma média de 18,9 dentes presentes na faixa etária de 65 a 74 anos e 16,1 dentes nas pessoas com 75 anos e mais.

No Canadá, LOCKER e col.³⁸ (1989) examinaram 247 pessoas com idade entre 50 e 88 anos para avaliar a condição bucal e as necessidades de tratamento. Entre os examinados, 64 pessoas (25,9%) eram desdentadas e entre as que ainda possuíam algum dente presente (74,1%) foram encontrados, em média, 17,9 dentes.

Na Austrália, BERGMAN e col.¹⁰ (1991) examinaram 303 indivíduos com 60 anos e mais para avaliar a condição bucal destas pessoas. No grupo etário de

60 a 69 anos de idade, 58,3% dos examinados eram edêntulos e este percentual subia para 65,9% dos 70 aos 79 anos e para 68% nas pessoas com 80 anos e mais.

Na Inglaterra, STEELE e col.⁷⁶ (1996) examinaram 2280 pessoas em 3 regiões do país, durante os anos de 1991 e 1992, para avaliar a condição bucal e as necessidades de tratamento. A prevalência do edentulismo variou de 33% no sul a 57% no norte do país. Além disso, 20% das pessoas que ainda conservavam algum dente eram desdentadas em uma das arcadas.

No Japão, em 1992, FUKUDA e col.¹⁹ (1997) examinaram 1248 pessoas, de 50 a 80 anos de idade, que haviam recebido tratamento odontológico na cidade de Osaka. O número médio de dentes presentes foi de 20,2 nos homens e 20,4 nas mulheres, sendo que dos 50 aos 54 anos foram encontrados em média 24,1 dentes e dos 75 aos 80 anos, 9,4 dentes presentes. Em 1993, segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde do Japão e citada por WATANABE⁸⁴ (1995, p.161), foram encontrados entre idosos saudáveis, com média de idade de 72,8 anos, 16,8 dentes presentes nos homens e 18,2 nas mulheres. Entre idosos institucionalizados, com média de idade de 74,7 anos, a quantidade de dentes presentes foi de 7,9 nos homens e 5,8 nas mulheres.

Na Noruega, JOKSTAD e col.²⁷ (1996) compararam os resultados de dois levantamentos em saúde bucal realizados em idosos institucionalizados nos anos de 1980 e 1993. O edentulismo passou de 80% das pessoas examinadas em 1980 para 54% em 1993. Neste último levantamento, cada pessoa tinha em média 11,7 dentes presentes.

Sobre a situação encontrada no Brasil, ROSA e col.⁶⁴ (1992) examinaram 236 pessoas, com 60 anos e mais de idade, no seu próprio domicílio e internadas em duas instituições na cidade de São Paulo. As pessoas examinadas em seu domicílio tinham em média 4,86 dentes presentes, enquanto 65% eram desdentados. Entre os institucionalizados, foram encontrados 2,24 dentes presentes e 84% de pessoas edêntulas.

No Brasil, os índices que medem a cárie dentária têm um crescimento contínuo ao longo da vida. No entanto, a partir dos 30 anos de idade este crescimento tem como principal razão a realização de extrações múltiplas e em larga escala.

PINTO⁶⁰ (1997) afirmou que as extrações são aceitas como a solução mais prática e econômica para o paciente porque os problemas bucais acumulados desde a infância tornam-se cada vez mais complexos e dispendiosos.

De acordo com os resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em 1986 pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵¹ (1988), o componente extraído significava 15% do índice CPO-D entre 15 e 19 anos e 66,5% entre 35 e 44 anos. Como consequência tem-se que: 40% dos brasileiros são edêntulos aos 53 anos, 50% aos 58 anos, 60% aos 63 anos, 70% aos 68 anos e 80% aos 74 anos (PINTO⁵⁹, 1992).

Segundo MARCUS e col.⁴⁷ (1994), o número médio de dentes presentes pode variar consideravelmente de acordo com fatores como escolaridade, renda e idade. Os autores analisaram os resultados de pesquisa realizada com 5649 pessoas com 65 anos e mais de idade, nos EUA, com o objetivo de examinar variações na perda dentária na amostra examinada. Os resultados mostraram que os indivíduos que possuíam os mais baixos níveis de escolaridade ou tinham baixa renda eram na maioria desdentados ou apresentavam menor quantidade de dentes presentes.

De acordo com BAILIT e col.⁷ (1987), a perda dos dentes pode ser explicada de duas maneiras diferentes: 1) em termos de doenças bucais, a cárie dentária é a principal razão para a exodontia, vindo em seguida a extração para confecção de aparelhos protéticos; 2) a perda dentária também pode ser explicada pelos valores culturais e comportamentais dos pacientes e profissionais. Os autores argumentaram que, com poucas exceções, geralmente a cárie está associada mas não é o fator determinante para a extração, pois na maior parte dos casos o dente pode ser restaurado. As exodontias devido às cáries severas são predominantes em pacientes com baixa escolaridade e renda, o que evidencia uma relação entre a perda dentária e a classe social, principalmente entre os grupos que não conseguem ter acesso a serviços odontológicos.

Uma característica comum a vários estudos é que a prevalência de edentulismo é maior entre as mulheres que em homens, como também maior em idosos institucionalizados, quando comparados com idosos independentes (KALK e

col.²⁹ 1992; ROSA e col.⁶⁴ 1992; STRÜBIG e DEPPING⁷⁹ 1992; WATANABE⁸⁴ 1995).

2.2.2 Cárie Dentária

A doença cárie dentária não desaparece com o aumento da idade, porém muda a maneira de aparecer, afetando os idosos principalmente através de cáries recorrentes e radiculares.

A cárie pode ser mutiladora e resultar em dores e desconforto da mesma maneira que a perda dos dentes. Os fatores que podem aumentar o risco da cárie nesta idade são a retração gengival, as dietas inadequadas, a redução do fluxo salivar, má higiene bucal e várias condições sistêmicas.

O levantamento nacional em saúde bucal realizado no Brasil pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵¹ (1988) mostrou que, dos 50 aos 59 anos, em média 27,2 dentes tinham experiência de cárie dentária, sendo que 23,4 destes dentes (89,3%) estavam extraídos ou com extração indicada.

BERGMAN e col.¹⁰ (1991) analisaram a saúde bucal de idosos na Austrália e encontraram um índice CPO-D de 21,5; 26,4 e 26,7 nos grupos etários de 60-69, 70-79 e 80 anos e mais, respectivamente. Entre os componentes do índice, os dentes perdidos correspondiam a 74,4%, 71,6% e 75,6% nas idades já referidas.

ROSA e col.⁶⁵ (1993) examinaram, no município de São Paulo, em 1989, 257 pessoas com 60 anos e mais de idade e encontraram uma média de 30,04 dentes atacados pela cárie dentária e somente 1,96 dentes sadios por indivíduo. Em média, 27,26 dentes (89,7%) estavam extraídos e todos os demais componentes do índice CPO-D foram inexpressivos.

STRÜBIG e DEPPING⁷⁹ (1992) realizaram estudo epidemiológico na Alemanha e encontraram, em média, 10 vezes mais cavidades de cárie em idosos institucionalizados de “classe social baixa” (p.235) que em pessoas não-institucionalizadas da mesma idade e classe social.

A cárie radicular que aparece em grande número nesta faixa etária pode ter origem na retração gengival e na higiene bucal que pode estar comprometida pelo uso de próteses fixas e removíveis, diminuição da acuidade visual e da

habilidade manual, abrasão cervical e pela diminuição do fluxo salivar provocada por alguns medicamentos.

A porcentagem de idosos com uma ou mais superfícies radiculares, cariadas ou restauradas, é relatada em vários estudos variando de 45% a 87%, de acordo com revisão da literatura realizada por KALK e col.²⁹ (1992, p.210). Os autores citaram um estudo feito na Holanda, em 1988, onde 56% das pessoas de 55 a 64 anos de idade e 62% das pessoas de 65 a 74 anos apresentavam alguma superfície radicular cariada ou restaurada.

No Canadá, LOCKER e col.³⁸ (1989) examinaram 183 pessoas dentadas e 97,6% dos examinados possuíam uma ou mais superfícies com recessão gengival. O número médio de superfícies afetadas pela recessão gengival em cada indivíduo foi de 25,4. Também foram encontradas 37,2% de superfícies radiculares cariadas (média de 1,3 superfícies por pessoa) e 56,8% de superfícies radiculares restauradas (média de 2,6 por pessoa). Com relação à idade das pessoas, no grupo etário de 50 a 64 anos foram encontradas maior quantidade de dentes presentes e menos superfícies com recessão gengival do que nos grupos etários de 65 a 74 anos e 75 anos e mais.

Nos Estados Unidos, segundo levantamento nacional em saúde, realizado em 1991 e citado por BROWN e col.¹⁴ (1996, p.1320), as lesões de superfícies radiculares estavam presentes em 47,0% da população de 65-74 anos e 55,9% nas pessoas acima de 75 anos.

No Brasil, WATANABE⁸⁵ (1994) examinou 360 pessoas atendidas na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto no ano de 1993, e observou que 98,9% das pessoas com 45 anos e mais tinham pelo menos uma superfície dentária com recessão gengival enquanto que a cárie radicular estava presente em 78,0% dos examinados.

SHAY⁶⁸ (1994) afirmou que as lesões radiculares são diagnosticadas com menor frequência que as lesões coronárias e citou um estudo feito em Iowa, Estados Unidos, onde a prevalência de cárie radicular aumentou de 4% para 20% quando a radiografia fez parte do diagnóstico.

2.2.3 Doença Periodontal

Outra condição freqüente nos idosos, a doença periodontal pode aparecer na forma de retração gengival, gengivite ou periodontite. A doença em suas formas mais severas pode resultar em perda dos dentes, dor, sangramento e mobilidade dentária. Também pode afetar as funções sociais do indivíduo devido ao mau-hálito e à perda da estética.

Sobre a epidemiologia das doenças periodontais, sabe-se que a gengivite é a doença bucal de maior prevalência sendo diagnosticada em praticamente 100% dos indivíduos dentados (OPPERMANN e RÖSING⁵⁵, 1997). Já a periodontite apresenta uma situação epidemiológica menos conhecida, pois, se anteriormente ela era considerada a principal causa das perdas dentárias no adulto, hoje tem-se a cárie como a principal causa deste fato. Porém, a periodontite, além de ser responsável por parte das perdas dentárias, pode, por suas características, facilitar o desenvolvimento de lesões cariosas radiculares.

Para OPPERMAN e RÖSING⁵⁵ (1997) um dos problemas que impedem uma melhor estimativa da periodontite é o fato de que os índices periodontais existentes não conseguem refletir com exatidão a ocorrência desta doença. Estes autores citam o CPITN, índice mais utilizado no momento, mas que apresenta dificuldades e inconsistências na sua aplicação, além de superestimar as necessidades de tratamento. Outro problema é a associação bastante freqüente entre a idade e a presença de periodontite. Sabe-se que esta doença periodontal não é consequência da idade, porém, por ser uma doença que deixa seqüelas, nos levantamentos epidemiológicos as pessoas idosas devem apresentar uma quantidade de doença acumulada maior do que as pessoas mais jovens.

A maioria dos estudos mostram uma porcentagem elevada de pessoas necessitando de algum tipo de tratamento periodontal. Na Holanda, em 1988, de acordo com TRUIN e col., citado por KALK e col.²⁹ (1992, p.211), 87% das pessoas

de 55 a 64 anos apresentavam sangramento a sondagem, 52% tinham bolsas periodontais maiores que 3 mm e 84% apresentavam cálculo dentário.

ROSA e col.⁶⁵ (1993) encontraram em São Paulo, no ano de 1989, em pessoas de 60 anos e mais, reduzida presença de dentes mesmo naquelas pessoas tidas como não-edêntulas, e uma média, por pessoa, de 2 sextantes nulos (sem dentes) e 1 sadio, estando os 3 restantes com algum tipo de problema periodontal (em média: 0,3 com sangramento, 1,0 com cálculo, 1,0 com bolsa superficial e 0,8 com bolsa profunda).

MOJON e col.⁵² (1995) realizaram estudo com 120 idosos hospitalizados em Genebra, Suíça. A condição periodontal encontrada nestas pessoas foi a seguinte: 19% dos examinados tinham bolsa periodontal de 3 a 5 mm e 5% apresentavam bolsas com 6 mm ou mais. A gengivite foi encontrada em todas as pessoas.

PEREIRA e col.⁵⁸ (1996) examinaram 104 pacientes de um Centro de Saúde do município de São Paulo em 1992 e encontraram, na faixa etária dos 60 - 70 anos de idade, em média 4,29 sextantes nulos; 0,29 sadios; 0,19 com sangramento; 0,73 com cálculo; 0,39 com bolsa superficial e 0,12 com bolsa profunda.

Utilizando dados de todo o Brasil, PINTO⁵⁹ (1992) afirmou que, dos 60 aos 69 anos de idade, 1,14% dos brasileiros não apresentavam doença periodontal, 36,12% tinham doença periodontal e 62,74% eram edêntulas.

2.2.4 Doenças da Mucosa Bucal

A mucosa bucal é um local comum para lesões ulcerativas, descamativas, liquenóides e vesiculosas e, por isso, as doenças que ocorrem nesta região podem ser debilitantes e trazer vários transtornos à pessoa. Estas lesões podem ser originárias de próteses que não são limpas adequadamente, pela supressão da flora bucal normal, como resultado do uso de antibióticos, redução do fluxo salivar, uso de corticoesteróides e condições de comprometimento imunológico como diabetes, leucemia e AIDS (SHAY e SHIP⁶⁹, 1995).

Entre as lesões da mucosa bucal, a candidíase apresenta alta prevalência em pessoas idosas, principalmente nas que usam próteses e estão institucionalizadas. BUDZT-JÖRGENSEN e col. citados por SHAY e SHIP⁶⁹ (1995, p.1417) diagnosticaram esta condição em mais de 65% das pessoas idosas não institucionalizadas e em 88% dos idosos institucionalizados que usavam próteses. Mesmo sendo uma doença freqüentemente assintomática, trata-se de uma condição patológica, cuja presença pode levar a casos mais sérios.

ROSA e col.⁶⁴ (1992) observaram, em São Paulo que 38% dos portadores de prótese total, examinados em seus domicílios, apresentavam lesões de mucosa provocadas pelo uso da prótese, enquanto que em pessoas internadas em instituições essa proporção atingia 53%. Segundo os autores, estas lesões indicavam a falta de assistência odontológica prestada a estas pessoas após a colocação do aparelho protético.

BIRMAN e col.¹¹ (1991) examinaram 170 pessoas, não-institucionalizadas, com 60 anos e mais, em São Paulo, e as alterações mais freqüentes foram as varicosidades linguais (49,41%), candidose eritematosa de localização palatina (28,24%) e hiperplasias fibrosas inflamatórias (17,06%), sendo estas duas últimas, em geral, associadas ao uso de próteses.

O câncer bucal é outra condição freqüente em idosos, pois 3 em cada 4 casos ocorrem em pessoas com 50 anos e mais de idade. De acordo com SHAY e SHIP⁶⁹ (1995), no ano de 1995, nos EUA, estavam estimadas a ocorrência de 28.000 novos casos de câncer bucal com aproximadamente 8.400 mortes. Ainda segundo os autores, estes casos correspondem a 3% do total de tumores diagnosticados em homens e 2% das mortes provocadas pela doença neste sexo. Em mulheres o câncer bucal corresponde a 2% dos casos diagnosticados e 1% das mortes.

Os fatores de risco associados ao câncer bucal são o consumo de álcool, o hábito de fumar e a exposição à luz solar no caso do câncer de lábio. A sobrevivência da pessoa com câncer está relacionada ao estágio da doença quando do seu diagnóstico. De acordo com HOLM-PEDERSEN e LÖE²⁵ (1986), pelo menos 50% dos casos de câncer bucal são diagnosticados após a ocorrência de metástases.

Estudo realizado por NEVES⁵⁴ (1994) mostrou que na cidade de São Paulo, no período de 1979 a 1982, a mortalidade por câncer bucal foi elevada, com uma taxa de mortalidade equivalente a 1,71 por 100.000 habitantes. A mortalidade aumenta com a idade e os homens apresentaram coeficiente de mortalidade 5 vezes maior que o das mulheres. Em ambos os sexos o câncer de língua foi a principal causa da morte (53,7% no sexo masculino e 41,1% no sexo feminino) entre aqueles que morreram por algum tipo de câncer bucal.

2.3 Auto-Avaliação das Condições Bucais

Depois de anos medindo apenas os sinais clínicos das doenças bucais, alguns pesquisadores começaram a trabalhar também com medidas subjetivas. Estas procuram refletir a percepção do paciente sobre sua condição bucal e podem incluir desde uma auto-avaliação da quantidade de dentes presentes (KÖNÖNEN e col.³³ 1986) até a avaliação de sua aparência (GORDON²⁴ 1988) ou de problemas funcionais ou psicológicos causados pelas doenças bucais (GILBERT²² 1994; SLADE e SPENCER⁷¹ 1994; KRESSIN³⁴ 1997).

As medidas subjetivas, obtidas a partir da percepção ou avaliação feita pelo paciente, proporcionam informações que complementam o exame clínico feito pelo profissional, para que o paciente possa ser visto de uma maneira mais completa e de acordo com as definições mais atuais de saúde.

KÖNÖNEN e col.³³ (1986) conduziram estudo com o objetivo de examinar a validade das informações obtidas através de auto-exame da boca com relação à presença de próteses, ao número e à distribuição dos dentes remanescentes.

Foram avaliadas 93 pessoas em Helsinki, na Finlândia, através de exame clínico e radiográfico, preenchimento de questionário auto-aplicável e auto-exame dos dentes presentes com a ajuda de um espelho. A concordância entre o exame clínico e o auto-exame foi avaliada pela estatística kappa e as diferenças segundo o sexo, idade e escolaridade foram testadas através do teste do qui-quadrado.

Os resultados mostraram boa concordância entre o exame clínico e o auto-exame com relação ao número de dentes presentes e ao uso de próteses removíveis. Em média foram encontrados 2,1 dentes não diagnosticados no auto-exame por pessoa.

Sobre a presença de próteses removíveis foi encontrada uma concordância através da estatística kappa de 0,923 na arcada superior e 0,888 na arcada inferior. As variáveis sexo, idade e escolaridade não tiveram efeito estatisticamente significativo nos resultados.

Os autores concluíram que o método de auto-exame possibilita a coleta de dados confiáveis para o planejamento de ações, podendo ser usado para avaliar a condição de saúde bucal com relação ao número de dentes presentes e ao uso de próteses removíveis.

GILBERT e col.²² (1994) avaliaram a percepção da necessidade de tratamento odontológico em idosos, levando em consideração os sinais e sintomas das doenças bucais, os problemas psicossociais decorrentes da condição bucal e outros fatores que podem afetar a percepção da necessidade de tratamento odontológico.

Os dados foram coletados através da aplicação de questionário em 600 pessoas com 65 anos e mais, na Flórida, EUA. As principais perguntas estavam relacionadas à percepção da necessidade de tratamento odontológico; percepção da condição bucal; sinais, sintomas e problemas psicossociais decorrentes da condição bucal e satisfação com a última visita ao dentista.

Os resultados mostraram que as pessoas percebiam sua necessidade de tratamento a partir de sinais e sintomas específicos e não a partir de uma avaliação geral de sua saúde dentária ou periodontal. Em um modelo de análise multivariada, a dor dentária esteve associada com a percepção da necessidade de tratamento, seguida pelos problemas psicossociais das doenças bucais, da presença de cavidades e pela presença de dentes amolecidos. Grande parte das pessoas relataram sinais e sintomas bucais que, considerados do ponto de vista profissional, eram suficientes para indicar a necessidade de tratamento, mas não do ponto de vista das pessoas.

Os idosos com menor renda e os insatisfeitos com sua última visita ao dentista tiveram maior percepção de sua necessidade de tratamento odontológico.

Os autores concluíram que certos tipos de sinais e sintomas estavam mais correlacionados com a percepção da necessidade, e que as pessoas com renda menor e insatisfeitas com sua última visita ao dentista tinham maior percepção, porém, por razões financeiras ou de comportamento, não demonstravam a mesma disposição para solicitar tratamento em resposta a esta necessidade.

GILBERT²³ (1994) realizou estudo com o objetivo de examinar a auto-avaliação da saúde bucal, levando em consideração fatores sociais, como escolaridade, renda, cor da pele e dialeto.

Os dados foram coletados através de um questionário aplicado em uma amostra de 4652 pessoas de 20 a 64 anos de idade, na África do Sul, em um levantamento nacional em saúde bucal realizado em 1988 - 1989.

Os resultados mostraram que as pessoas com baixa escolaridade, de baixa renda, com a cor da pele negra e que falavam dialetos africanos foram as que responderam, com maior frequência, existir algo errado com seus dentes. O mesmo também ocorreu com o grau de satisfação com a aparência dos dentes.

O autor concluiu que a auto-avaliação da saúde bucal variou de acordo com os fatores sociais apresentados pela pessoa, e, por isso, estes fatores devem ser considerados na determinação das necessidades dentárias quando do planejamento de serviços odontológicos.

LOCKER e MILLER³⁹ (1994) realizaram estudo para avaliar uma série de indicadores subjetivos de saúde bucal desenvolvidos para o uso em estudos epidemiológicos com idosos. O objetivo foi avaliar estes indicadores quanto a sua generalização, eficiência, fidedignidade e validade, quando usados em estudos com pessoas com 18 anos e mais de idade.

Os dados foram coletados através de um questionário auto-aplicável, preenchido por 553 pessoas com 18 anos e mais, moradoras da cidade de North York, no Canadá. Foram utilizados os seguintes indicadores subjetivos da condição

bucal: capacidade para mastigar e falar, presença de sintomas bucais dolorosos, problemas com a alimentação, dificuldades de manter relações sociais e de comunicação com outras pessoas, problemas nas atividades diárias da vida e escala de preocupação com a condição bucal.

Os resultados sugeriram que os indicadores conseguiram medir com sensibilidade os problemas bucais em todas as faixas etárias pesquisadas. O teste estatístico de consistência interna e fidedignidade utilizado (Cronbach's alpha), apresentou resultados positivos em todos os modelos propostos.

As diferenças entre os grupos de idade (de 18 a 49 anos e 50 anos e mais) não foram consistentes. Os idosos tiveram escores mais altos em algumas medidas, os adultos jovens em outras e em algumas medidas não foram observadas diferenças. O que chamou a atenção foi a alta proporção de adultos jovens que declararam estar com seu bem-estar funcional, social ou psicológico comprometido de alguma maneira por sua condição bucal.

Os autores concluíram que os indicadores subjetivos foram úteis na avaliação da condição bucal e sugeriram sua utilização em estudos descritivos de saúde bucal.

SLADE e SPENCER⁷¹ (1994) conduziram estudo com 1217 pessoas com 60 anos e mais, não-institucionalizadas e moradoras em Adelaide e Mt Gambier, Austrália, com o objetivo de identificar possíveis problemas sociais associados às doenças bucais.

No estudo, as informações foram coletadas através de entrevista e de um questionário auto-aplicável. A entrevista continha 72 perguntas sobre a condição bucal, uso de serviços odontológicos, práticas preventivas de saúde bucal, condições de saúde geral e características sociais e demográficas.

O questionário com 49 questões tinha o objetivo de medir as disfunções, o desconforto e a incapacidade bucal destas pessoas. O questionário, chamado “Oral Health Impact Profile” (OHIP), foi desenvolvido pelos autores através de entrevistas e pré-testes.

Os resultados mostraram que 5% das pessoas não-desdentadas e 10% das pessoas edêntulas apresentavam dificuldades para mastigar e desconforto durante a alimentação. Problemas nos relacionamentos interpessoais e sociais foram citados por 5% das pessoas. As pessoas edêntulas do sexo masculino tiveram maior frequência de problemas na alimentação e na mastigação, em comparação com o sexo feminino.

Os autores concluíram que a alta frequência de problemas sociais citados no estudo refletiam os altos níveis de experiência das doenças, incluindo altas proporções de dentes perdidos e de edentulismo entre os idosos. Também observaram que as pessoas que apresentavam os maiores problemas eram as que não haviam procurado os serviços odontológicos nos últimos 12 meses, mostrando o valor destes serviços no bem-estar destas pessoas.

MacENTEE⁴⁴ (1996) realizou estudo qualitativo com o objetivo de analisar o significado da saúde bucal na vida de pessoas idosas. Para o autor, as entrevistas estruturadas apresentam limitações, e por isso foram coletadas e analisadas informações de um pequeno mas representativo grupo de idosos, homens e mulheres, classificados como funcionalmente independentes, em Vancouver, Canadá.

Foram selecionados 20 homens e 20 mulheres, metade deles desdentados e a outra metade com dentição natural, com 70 anos e mais de idade, que mostraram interesse em falar livremente sobre suas crenças e preocupações. Cada entrevista durou pelo menos uma hora e foi mais parecida com uma conversa do que uma seqüência de perguntas e respostas. As entrevistas foram transcritas e reorganizadas para criar uma seqüência narrativa.

Depois de entrevistar 24 pessoas, das 40 previstas, ficou claro para o autor que as informações coletadas eram suficientes e por isso suas conclusões foram baseadas na narrativa de 12 homens e 12 mulheres.

Para as pessoas o envelhecimento tem reflexos na saúde geral, higiene e conforto da boca. Eles apresentaram uma perspectiva positiva de saúde bucal na qual o contexto social de saúde e higiene foi tão influente como os determinantes

psicológicos do conforto. De maneira geral, os idosos enfatizaram a necessidade de se adaptarem às mudanças na saúde bucal, como um meio para um envelhecimento melhor.

STEELE e col.⁷⁷ (1996) realizaram estudo com o objetivo de verificar o comportamento e as atitudes relacionadas à saúde bucal de 1211 pessoas dentadas, com 60 anos e mais de idade em 3 áreas da Inglaterra.

Estas pessoas foram entrevistadas e responderam às questões sobre frequência de tratamento dentário, razões para o não tratamento, atitudes frente ao edentulismo, preferências no tratamento e práticas de higiene bucal. As três áreas escolhidas para seleção da amostra permitiram comparar as avaliações entre zonas urbana-rural e regiões norte-sul.

Os resultados mostraram que 19 a 28% das pessoas só procuram tratamento odontológico quando apresentam dores ou sintomas de alguma doença bucal, com prevalência maior na região norte. A percepção que a pessoa tem de que não necessita de tratamento dentário é a principal razão para não frequentar um dentista (55% a 79% dos entrevistados), embora outras razões também fossem citadas, como o medo e o alto custo do tratamento.

As diferenças entre os sexos foi mais pronunciada entre as pessoas da região norte, com os homens tendo menor preocupação com o edentulismo, menor opção por restaurar os dentes e com menos visitas ao dentista que as mulheres. Na região sul, as diferenças foram menos evidentes.

Os autores concluíram que, no conjunto, as expectativas pessoais foram altas e as atitudes baseadas na preservação da dentição natural, com variações culturais entre as amostras de acordo com a região geográfica, o sexo e a classe social. Também recomendam que deveriam ser desenvolvidas estratégias a longo prazo para assegurar que estas expectativas se tornem realidade.

LOCKER⁴² (1997) realizou estudo para verificar como a autopercepção da condição bucal muda com os anos. Para isso foram usados os dados de um estudo longitudinal realizado em 1990 e em 1993, em Ontário, Canadá,

com pessoas com 50 anos e mais. No primeiro estudo, em 1990, foram examinadas e entrevistadas 493 pessoas, e no segundo estudo, 206. As mudanças foram avaliadas através de alterações no escore de quatro indicadores subjetivos da condição bucal, que foram: capacidade de mastigação, sintomas dolorosos na face e na boca, outros sintomas bucais e problemas psicológicos provocados pelas doenças bucais.

Os resultados mostraram que 23,0% das pessoas avaliaram que sua saúde bucal piorou nesse período, 66,5% acharam que não houve alteração e 10,5% que houve melhora.

As mudanças de escore dos 4 indicadores mostraram um padrão similar e foram associadas com o julgamento feito pela pessoa. No período estudado, as pessoas tiveram um ou mais dentes perdidos, incremento no índice CPO-S através do aparecimento de cáries coronárias ou radiculares, ou perda de inserção da gengiva. Porém, o único indicador clínico associado com as mudanças na percepção foi a perda de um ou mais dentes, e o que chamou a atenção foi que a perda dos dentes foi alta, tanto entre as pessoas que acharam que sua condição bucal piorou, como entre as que a julgaram melhor. De acordo com o autor, este fato sugere que o impacto da perda dos dentes na saúde bucal pode ser positivo ou negativo, dependendo da condição em que se encontrava esse dente quando de sua extração.

ALLEN e LOCKER² (1997) utilizaram o “Oral Health Impact Profile” (OHIP) para determinar a auto-avaliação de pessoas idosas no Canadá.

Os dados foram obtidos a partir de um levantamento de saúde bucal realizado em 522 pessoas com 50 anos e mais, residentes em Ontário, no Canadá. Estas pessoas passaram por entrevista e exame clínico e responderam ao OHIP. Os escores do índice foram calculados de três maneiras diferentes: a primeira consistiu em contar a quantidade de questões em que as pessoas responderam “bastante” ou “muito frequentemente”; na segunda, foram somados os códigos de todas as respostas das 49 perguntas; e na terceira cada resposta foi multiplicada por um peso e depois somado para obter o escore do índice. Todos esses escores foram calculados para uma versão completa do OHIP, com 49 perguntas, e para uma versão reduzida, com 14 perguntas selecionadas.

Os resultados mostraram que o OHIP fez distinção entre os grupos baseados na condição bucal (dentados/desdentados), presença de boca seca (sim/não) e, entre os dentados, de acordo com o número de dentes presentes (menos de 20/20 ou mais), independente do método utilizado para obter o escore do índice ou da versão do questionário aplicado. Todos os escores mostraram associação significativa com a auto-avaliação da condição bucal, autopercepção da necessidade de cuidados dentários e insatisfação com sua condição bucal.

Algumas evidências sugeriram que o escore obtido utilizando diferentes pesos nas perguntas teve maior poder discriminatório entre os grupos do que o primeiro método, mas não foi superior ao método onde todos os códigos das respostas foram somados. Resultados similares foram encontrados quando se examinou a predição dos escores do índice relacionados às necessidades de tratamento cirúrgico, restaurador ou protético.

Segundo os autores, os dados coletados sugeriram que, quando se adota diferentes pesos para as perguntas, ocorre uma melhora na performance do índice, porém o método mais simples de somar os escores apresentou resultados similares ao primeiro e também pode ser utilizado.

TICKLE e col.⁸¹ (1997) realizaram estudo com o objetivo de avaliar o desempenho, no Reino Unido, de um instrumento subjetivo de avaliação da condição bucal, que foi desenvolvido e testado no Canadá e recebeu o nome de “Subjective Oral Health Status Indicators” (SOHSI). Trata-se de um questionário com perguntas sobre sintomas dolorosos, restrições funcionais e problemas sociais ou psicológicos decorrentes da condição bucal do indivíduo.

O questionário foi enviado pelo correio a 500 pessoas de 60 a 65 anos de idade, residentes em Liverpool. Não foi realizado exame clínico, mas as pessoas responderam se ainda possuíam dente natural ou usavam próteses totais e também eram incentivadas a contar quantos dentes estavam presentes através de um espelho.

Responderam ao questionário 342 pessoas e os resultados mostraram que o questionário foi fidedigno, de acordo com os testes de correlação de Pearson, teste t, qui-quadrado e estatística kappa. A consistência interna das perguntas

psicológicas e sociais também foi adequada, segundo os resultados do teste Cronbach's alpha. A correlação entre o número de dentes presentes relatados no questionário e os indicadores subjetivos confirmou os conceitos do modelo teórico no qual o questionário foi baseado.

Embora o estudo tenha se concentrado nos aspectos técnicos de avaliação do índice e nos testes estatísticos empregados, os autores demonstraram nos resultados que as pessoas edêntulas apresentavam uma série de desvantagens, não só no aspecto funcional mas também nos aspectos sociais e psicológicos.

DOLAN¹⁶ (1997) testou a sensibilidade do índice GOHAI em pessoas idosas que receberam tratamento dentário. Para o estudo, partiu-se da suposição que após o tratamento dentário ocorre uma melhora nas condições de saúde bucal da pessoa e esta melhora deve se refletir nos escores do índice GOHAI.

Fizeram parte do estudo, 96 pessoas, com média de idade de 75 anos, participantes de um programa de saúde bucal em Jacksonville, no Estado da Flórida, EUA. Estas pessoas passaram por um exame clínico e por uma entrevista que incluía o GOHAI e outras perguntas sobre auto-avaliação da condição bucal em dois momentos, o primeiro durante o ano de 1990 e o segundo 24 meses depois. Neste período, 88,5% das pessoas realizaram algum tipo de tratamento dentário, seja através do projeto ou em outras clínicas.

O escore médio do índice GOHAI passou de 52,7 na 1ª entrevista para 54,9, 24 meses depois. As pessoas que não receberam tratamento dentário durante o período do estudo tiveram uma diminuição média do escore do GOHAI de 3,4, enquanto aquelas pessoas que realizaram um ou mais serviços dentários aumentaram o escore do GOHAI em 2,9, em média. A correlação entre o número de serviços dentários recebidos e as mudanças no escore do GOHAI foi moderada ($r=0,36$; $p<0,01$).

De acordo com os resultados, o índice GOHAI apresentou sensibilidade ao tratamento dentário, mas variou segundo a extensão da doença e a severidade. Por isso, são recomendados novos estudos, para que se possa entender o impacto dos serviços dentários nos itens do índice, bem como em seu escore geral.

KRESSIN e col.³⁴ (1997) aplicaram o índice GOHAI em duas amostras de pessoas idosas com o objetivo de observar o comportamento do índice e também examinar como a autopercepção da condição bucal, medida pelo GOHAI, varia de acordo com as características sócio-demográficas e de saúde das amostras estudadas.

A primeira amostra foi obtida entre os participantes de um programa de promoção da saúde da cidade de Boston, EUA. Foram selecionados 799 homens com idade média de 74 anos. A segunda amostra consistiu de 542 usuários de um serviço de saúde para veteranos de guerra, também em Boston, e com idade média de 72 anos. Não foi realizado exame clínico e o índice GOHAI foi aplicado através de entrevista telefônica, na primeira amostra, e enviado pelo correio, na segunda amostra.

Os resultados mostraram diferenças significativas nos valores médios do índice entre as amostras. Os participantes do programa de promoção da saúde apresentaram um escore médio do índice de 33,36, enquanto os usuários do serviço de saúde tiveram um escore médio de 31,77, o que significa piores condições de saúde bucal entre estas pessoas. Nas duas amostras, o índice GOHAI apresentou grande consistência interna e correlação entre as questões.

A análise de regressão mostrou que a renda e a auto-avaliação da saúde bucal foram os preditores mais significativos do índice GOHAI nas duas amostras.

Os autores concluíram que o GOHAI apresentou comportamento satisfatório nas duas amostras e foi sensível às diferenças sócio-demográficas existentes entre os idosos. Também concluíram que o índice pode ser utilizado em estudos epidemiológicos e para avaliação das condições bucais e de bem-estar numa grande variedade de situações.

SLADE⁷² (1998) avaliou, em idosos, mudanças na qualidade de vida provocada por problemas bucais, usando o “Oral Health Impact Profile” (OHIP).

O estudo foi realizado através da coleta de informações iniciais e nos dois anos seguintes, em 498 pessoas com 60 anos e mais de idade, moradoras de duas cidades do sul da Austrália (Adelaide e Mt Gambier).

O OHIP, usado para medir a qualidade de vida, consiste em 49 questões, através das quais a pessoa avalia se nos últimos 12 meses apresentou problemas bucais. Para analisar os resultados, os autores avaliaram as mudanças no escore do OHIP entre 3 hipotéticos grupos de risco selecionados pelos dados obtidos na entrevista: perda dos dentes, razões para ir ao dentista e dificuldades financeiras relacionadas ao pagamento de tratamento dentário.

Os resultados mostraram que, no período do estudo, 31,7% das pessoas apresentaram alguma melhora e 32,7% alguma queda na qualidade de vida. Os três grupos de alto risco tiveram aproximadamente o dobro de deteriorização na qualidade de vida, quando comparados com os grupos de baixo risco correspondentes. Além disso, as pessoas classificadas como de alto risco tiveram as maiores quedas e melhorias, indicando provavelmente a presença de doença e seu posterior tratamento, que se refletem numa pior e melhor avaliação da qualidade de vida.

O autor concluiu que, quando se mede qualidade de vida relacionada à saúde bucal, a condição dentária no momento da coleta dos dados determina o aumento ou diminuição deste conceito, tornando os estudos longitudinais que analisam estas mudanças mais complexos.

LESTER e col.³⁷ (1998) realizaram estudo com o objetivo de investigar a relação entre a autopercepção dos problemas bucais e a condição dentária, além da necessidade de tratamento odontológico, em um grupo de idosos funcionalmente dependentes.

Os dados foram coletados de 263 idosos, com 60 anos e mais de idade, funcionalmente dependentes e que viviam em abrigos ou locais onde recebiam todos os cuidados, em Ware, Hertfordshire, Inglaterra. Um questionário foi utilizado para a coleta de informações demográficas e de autopercepção. Das pessoas que

participaram do estudo, 76% eram mulheres, 44% tinham de 81 a 90 anos de idade, enquanto apenas 8% apresentavam de 60 a 70 anos.

Os resultados mostraram uma grande quantidade de problemas bucais. Nas 4 semanas anteriores ao estudo, 74% das pessoas tiveram dificuldade de mastigação dos alimentos, 22% tiveram dor bucal, 72% algum desconforto e 30% algum problema social relacionado à sua condição bucal.

A autopercepção da condição bucal esteve mais relacionada ao número de dentes presentes do que à idade ou sexo das pessoas. A capacidade de mastigar alguns alimentos foi diretamente relacionada ao número de dentes presentes, com exceção das pessoas que possuíam mais de 20 dentes. As pessoas com dentes naturais estavam mais insatisfeitas com sua aparência do que aquelas que usavam próteses totais, e 29% das pessoas que expressaram vontade de iniciar um tratamento dentário apresentavam vários problemas bucais.

Os resultados indicaram uma grande quantidade de problemas bucais em idosos funcionalmente dependentes que estavam relacionados, principalmente, à quantidade de dentes presentes.

DOLAN e col.¹⁷ (1998) avaliaram as mudanças na percepção da condição bucal de idosos durante um período de 3 anos. Os dados foram obtidos de pessoas com 75 anos e mais, não-institucionalizadas, que participavam de um programa preventivo para idosos em Santa Monica, Califórnia, EUA.

O estudo consistiu de uma entrevista inicial, repetida nos 3 anos seguintes, onde as principais questões referiam-se a uma avaliação geral da condição bucal, necessidade de tratamento odontológico e o índice GOHAI. De um total de 258 pessoas que responderam à entrevista inicial, 150 completaram as 3 entrevistas previstas. Foram analisadas as mudanças na avaliação bucal geral e comparadas com a variação das duas medidas mais relevantes: o GOHAI e a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico.

Os resultados mostraram que a avaliação geral variou no tempo e as mudanças foram consistentes com as medidas pelo GOHAI e pela autopercepção da necessidade de tratamento. Entre as pessoas que fizeram parte do estudo, 38,7%

tiveram a mesma avaliação durante todo o período do estudo, para 37,3% a avaliação foi pior no final e para 24,0% melhorou.

Foi encontrada uma correlação moderada entre a avaliação geral e o GOHAI, enquanto que para as necessidades de tratamento dentário a associação não foi estatisticamente significativa.

Os autores concluíram que o uso da avaliação geral como medida de percepção da saúde bucal é válida, porém, seria importante a realização de novas pesquisas que incluíssem também medidas clínicas de saúde bucal, para que fosse possível correlacionar a condição clínica com a auto-avaliação.

2.4 Comparação entre a Condição Clínica e a Autopercepção

A saúde bucal está deixando de ser medida apenas pela presença ou ausência de doenças e por instrumentos quantitativos, para incorporar o ponto de vista do paciente e também instrumentos qualitativos.

Vários trabalhos foram realizados para comparar os dados obtidos pelo profissional, através de exame clínico, com a autopercepção do paciente sobre sua condição bucal. Nestes estudos, avalia-se a concordância entre os dois métodos de exame e os fatores que podem influenciar o paciente na sua avaliação.

GIDDON e col.²¹ (1976) conduziram estudo com o objetivo de avaliar e melhorar um método criado anteriormente pelos autores para quantificar a relação entre a doença bucal percebida e a determinada clinicamente.

Os dados clínicos e da auto-avaliação da saúde bucal foram obtidos em uma amostra de 588 pessoas, com idade entre 17 e 70 anos, em Salisbury e Darlington, na Inglaterra, a partir das seguintes informações: condição sócio-econômica; número de dentes cariados, perdidos e restaurados; percepção da pessoa sobre a condição de seus dentes e também de sua necessidade de tratamento dentário.

Os resultados mostraram que os dentes cariados tiveram maior correlação com a percepção da condição dentária, enquanto os dentes restaurados apresentaram maior correlação com a percepção das necessidades de tratamento. Os dentes perdidos apresentaram baixa correlação com a autopercepção, provavelmente porque muitos destes dentes já haviam sido substituídos por próteses.

Os autores também encontraram dados indicando que os homens apresentavam maior percepção das necessidades de tratamento do que as mulheres, apesar de vários estudos mostrarem que as mulheres usam mais os serviços de saúde do que os homens.

Os autores concluíram que estes resultados foram importantes, mas que novas análises seriam necessárias, principalmente com o uso de técnicas estatísticas mais sofisticadas, para relacionar com mais precisão a avaliação subjetiva da saúde bucal aos dados obtidos através do exame clínico.

REISINE e BAILIT⁶² (1980) realizaram estudo, nos EUA, com 1350 pessoas que haviam recebido tratamento odontológico, com o objetivo de verificar a existência ou não de relação entre a condição bucal estabelecida clinicamente por um profissional e a percebida pela pessoa. Os autores também procuraram determinar a importância e qual o efeito de alguns fatores sociais na percepção da condição bucal.

Os exames foram realizados em pessoas com 18 anos e mais de idade, que haviam recebido tratamento odontológico nos últimos 18 meses. Os examinadores foram treinados e calibrados na aplicação dos seguintes índices: 1) CPO-D; 2) índice de higiene oral simplificado (OHI) de Greene e Vermillion; 3) “Periodontal Pocket Measurement” (PPM). Além do exame clínico, foi aplicado um questionário com questões sócio-econômicas e de percepção da condição bucal.

Os resultados mostraram que a proporção de pessoas que avaliavam sua condição bucal como positiva diminuía, à medida que aumentava a quantidade de dentes cariados ou perdidos, ou a condição periodontal piorava.

De todas as variáveis utilizadas no estudo, a quantidade de dentes perdidos foi a variável mais importante na percepção da condição bucal, porém a

associação foi fraca, e mesmo nos casos extremos de morbidade, alguns pacientes ainda se consideravam como tendo boa saúde bucal.

Dos fatores sociais, a relação entre idade e autopercepção não foi significativa; contudo, quando a idade e as condições clínicas foram examinadas conjuntamente, as pessoas mais velhas percebiam sua condição bucal melhor que os mais jovens que tinham o mesmo número de dentes cariados e perdidos.

Outros fatores sociais, como a classe social e a educação, foram importantes somente pelos seus efeitos na higiene bucal.

Os autores concluíram que as pessoas tendem a perceber sua saúde bucal como positiva e esta percepção é diferente de acordo com o sexo, classe social e condição clínica. As diferenças de avaliação encontradas entre o paciente e o profissional provavelmente expliquem porque muitos pacientes não procuram os serviços odontológicos.

SMITH e SHEIHAM⁷³ (1980) realizaram estudo para avaliar clinicamente as necessidades de tratamento dentário em idosos e comparar sua demanda por atendimento com a percepção de seus problemas bucais.

Fizeram parte do estudo 254 pessoas, com 65 anos e mais de idade, residentes em Nottingham, na Inglaterra. Foi realizada uma entrevista seguida de exame clínico e as necessidades de tratamento consideradas foram as de ordem protética, restauradora e periodontal.

Os resultados mostraram que 78% dos examinados necessitavam de tratamento dentário, principalmente protético. Existiu, porém, grande discrepância nas necessidades percebidas e avaliadas clinicamente, pois só 42% das pessoas que necessitavam de tratamento tinham consciência disto, e, destas, somente 19% estavam tentando obter o tratamento.

Os idosos mencionaram algumas barreiras que dificultavam a realização de tratamento dentário, como o custo, o medo, a dificuldade de locomoção e a sensação de que estão incomodando o dentista.

Os autores concluíram que a grande necessidade de tratamento detectada clinicamente e a baixa demanda pelos serviços indicam que outros fatores,

como os de saúde e os sociais, devem ser levados em consideração na avaliação das necessidades de tratamento em idosos.

WIDSTRÖM e NILSSON⁸⁷ (1984) realizaram estudo para avaliar a condição bucal e os fatores que influenciavam a percepção das necessidades de tratamento odontológico entre finlandeses imigrantes, na Suécia.

Foi selecionada uma amostra de 1332 pessoas, de 20 a 59 anos de idade, residentes em Estocolmo, Suécia. Deste total, 1066 pessoas responderam a um questionário sobre autopercepção e 187 foram examinadas clinicamente. O questionário havia sido testado quanto à sua validade em um subgrupo de pacientes, e o coeficiente de correlação de Pearson foi de 0,98, na comparação entre a quantidade de dentes citados no questionário e o número observado clinicamente.

Os resultados mostraram que, na faixa etária dos 40 aos 59 anos de idade, as pessoas possuíam, em média, 13,7 dentes presentes. A porcentagem de pessoas edêntulas, nesta mesma faixa etária, foi de 19,5% e desdentados em uma só arcada, 17,2%.

Sobre a autopercepção, 45% das pessoas com 40 anos e mais relataram a necessidade de tratamento odontológico, principalmente restaurações, remoção de cálculos e necessidade de próteses.

Os autores compararam os resultados deste estudo com outro realizado na mesma população, em 1979, e encontraram uma pequena melhora nas condições de saúde bucal destas pessoas, apresentando, porém, grandes necessidades de tratamento odontológico.

GORDON e col.²⁴ (1988) conduziram estudo para relacionar a auto-imagem que a pessoa tem de si mesma com sua aparência dentária e condição bucal.

Os dados foram coletados em uma amostra de 168 homens de 19 a 92 anos de idade (deste total, 48,8% tinham 60 anos e mais), em 5 cidades norte-americanas. Foi realizado exame clínico e uma entrevista estruturada com questões sobre a aparência dentária, a função e o desconforto bucal.

Os resultados indicaram que as pessoas com auto-imagem mais positiva avaliavam sua condição bucal melhor. Também mostraram que as pessoas

que usavam próteses totais se sentiam melhor em relação a sua aparência bucal que aquelas que ainda conservavam seus dentes naturais.

Na amostra estudada, a aparência dentária foi considerada menos importante do que a função ou o desconforto. E uma pior auto-imagem não foi associada a maiores problemas com a estética dentária.

Ainda de acordo com os autores, as pessoas que se sentiam melhores consigo mesmas também avaliavam sua condição bucal como melhor.

ROSENBERG e col.⁶⁶ (1988), partindo da premissa de que a condição bucal é medida principalmente através de dados clínicos, e que informações sobre a capacidade do paciente em executar atividades habituais relacionadas à boa saúde bucal, como comer, mastigar, falar e sorrir, não são coletadas rotineiramente, resolveram conduzir estudo para verificar a relação entre a condição bucal funcional, os índices tradicionais de saúde bucal e medidas de saúde geral e qualidade de vida.

A condição bucal funcional foi definida no estudo como a ausência de dor ou desconforto na boca e a capacidade da pessoa em mastigar, falar e interagir com outras pessoas sem problemas. São dados subjetivos de autopercepção e para sua coleta foi desenvolvido um questionário com 25 questões, previamente testadas quanto à validade e fidedignidade.

Os índices clínicos de saúde bucal foram obtidos a partir de fichas clínicas e radiografias, e avaliados quanto à presença de dentes cariados, restaurados e extraídos e condição periodontal.

Na coleta das informações sobre saúde geral e qualidade de vida, utilizou-se um questionário com 21 itens, incluindo: limitações físicas e de mobilidade, autocuidados, rotina diária e prazer com a vida.

Foram entrevistados 159 pacientes de uma clínica odontológica de New York, EUA. A idade média dos participantes foi de 27,5 anos, variando de 16 a 72 anos de idade.

Os resultados mostraram, através da análise de regressão, que a condição periodontal e os sintomas bucais explicavam algumas das condições bucais funcionais, enquanto as medidas clínicas, como os dentes cariados, perdidos e

restaurados não explicavam estas condições. A severidade da condição de saúde geral foi correlacionada com os dentes cariados e perdidos e a condição periodontal. A qualidade de vida foi explicada pelas condições de saúde, percepção da saúde geral e bucal.

Os autores concluíram que a coleta de informações subjetivas, definidas neste estudo como condição bucal funcional, são importantes no esclarecimento da relação entre saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida. A percepção do paciente sobre sua saúde bucal e geral contribui para a qualidade de vida. Esta é uma condição importante em saúde bucal, pois, se as doenças dentárias geralmente não levam à morte, elas podem afetar as relações interpessoais e as atividades do dia-a-dia.

TERVONEN e KNUUTILA⁸⁰ (1988) conduziram estudo para avaliar o conhecimento das pessoas sobre sua condição bucal e comparar as diferenças entre as necessidades de tratamento determinadas objetiva e subjetivamente.

O estudo consistiu em uma entrevista e aplicação de questionário sobre a condição bucal em 1600 pessoas em Ostrobothnia, Finlândia, nas seguintes idades: 25, 35, 50 e 65 anos. Nesta amostra, 1275 pessoas foram examinadas quanto a sua condição dentária, periodontal e protética.

Os resultados encontrados na avaliação subjetiva foram os seguintes: entre as pessoas não desdentadas, 40% achavam que tinham sangramento na gengiva, 16% responderam ter inflamação gengival, 20% doença periodontal e 70% pelo menos um dente cariado.

A avaliação objetiva mostrou que 98% das pessoas apresentavam sangramento gengival e 38% tinham bolsa periodontal de acordo com os escores do índice CPITN. Sobre a prevalência de cárie dentária, 76% das pessoas examinadas necessitavam de pelo menos uma restauração.

Na avaliação protética, 64% das próteses removíveis foram classificadas como inadequadas para o uso, enquanto que na avaliação subjetiva este percentual foi de 42%. A necessidade de repor os dentes perdidos foi reconhecida por 14% das pessoas, enquanto na avaliação objetiva a necessidade foi de 23%.

Os autores concluíram que a percepção das necessidades de tratamento é baixa e as maiores discrepâncias entre as avaliações subjetiva e objetiva ocorrem com os problemas periodontais. Estas pessoas necessitam de maiores esclarecimentos sobre seus problemas dentários para que possam, assim, mudar suas atitudes e comportamentos em relação à sua saúde bucal.

NEUMANN e col.⁵³ (1989) conduziram estudo com o objetivo de avaliar a relação entre algumas variáveis clínicas e a autopercepção e satisfação com a estética dentária em adultos. Também foi vista a influência de variáveis, como a idade, o sexo e a etnia, na auto-imagem e satisfação relacionada à estética.

Participaram do estudo 125 pacientes da Clínica de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia de Chicago, EUA, que receberam exame clínico e responderam a um questionário com 5 perguntas sobre sua percepção e satisfação com a estética dentária. No exame clínico foram incluídas 6 variáveis ortodônticas (overjet, overbite, relação molar antero-posterior, alinhamento dentário, dentes perdidos e espaçamento dentário) e 4 variáveis dentárias gerais (descoloração dentária, saúde gengival, defeitos na coroa dentária e defeitos faciais). A idade média dos participantes do estudo foi de 42 anos.

Os resultados mostraram que 66% das pessoas expressaram algum nível de insatisfação com sua aparência dentária e os fatores que influenciaram a satisfação foram a idade, o sexo, a ausência de restaurações e de descoloração dentária. A análise de regressão mostrou que apenas 20% da variabilidade da satisfação com a estética podia ser atribuída às condições clínicas incluídas no estudo, indicando que a percepção da aparência é complexa e influenciada tanto por fatores psicológicos como por características clínicas individuais.

ATCHISON e DOLAN³ (1990) desenvolveram um índice baseado na auto-avaliação dos problemas bucais pelos idosos. Chamado de “Geriatric Oral Health Assessment Index” (GOHAI), é composto por 12 questões fechadas, e os itens selecionados procuram refletir os problemas sentidos pelos idosos em 3 dimensões: problemas físicos, que incluem mastigação, deglutição e fala; problemas

psicológicos, que incluem preocupação, consciência e auto-imagem da saúde bucal; e dor ou desconforto.

O índice foi inicialmente testado em uma amostra de 87 idosos, em um centro de saúde em Los Angeles, EUA, e na versão definitiva foi aplicado em 1775 idosos, na mesma cidade. Foram feitos testes de consistência interna das perguntas do índice e os resultados foram considerados bons.

Os resultados mostraram que o índice estava associado às variáveis clínicas e sócio-demográficas, o que demonstrou a validade do instrumento. Ter poucos dentes presentes, usar uma prótese removível e perceber a necessidade de tratamento dentário foram, de maneira significativa, relacionados a um baixo escore do índice (pior condição bucal). Pessoas brancas, com alto nível educacional e renda anual elevada, tiveram alto escore do GOHAI, indicando poucos problemas bucais.

Os autores recomendaram a necessidade de novas aplicações do índice para uma melhor avaliação do instrumento quanto a sua validade e fidedignidade. Também recomendaram a não utilização do índice para fins de diagnóstico das doenças bucais, podendo, no entanto, ser utilizado para indicar quando um exame mais detalhado é necessário, como também ser utilizado por outros profissionais da área da saúde. Na população, com objetivos epidemiológicos, pode ser um meio prático e de baixo custo de se obter informações sobre os problemas de saúde bucal das pessoas idosas.

DRAKE e col.¹⁸ (1990) observaram a auto-avaliação da aparência bucal, da capacidade de mastigação e da condição da boca, e também a autopercepção das necessidades de tratamento, para relacionar com a condição bucal estabelecida pelo dentista.

O estudo consistiu no exame clínico e realização de entrevista em 821 pessoas, com 65 anos e mais de idade, residentes no Estado de North Carolina, EUA.

As variáveis clínicas utilizadas no estudo foram a presença de dentes anteriores, quantidade de dentes presentes, número de dentes indicados para extração, dentes cariados e condição periodontal medida pelo CPITN. Para análise da condição bucal estas variáveis foram dicotomizadas de acordo com a distribuição de suas

respostas, obtendo-se, no final, duas situações: condição bucal adequada ou inadequada.

De acordo com os resultados, uma avaliação positiva da condição bucal estava relacionada com a presença dos dentes anteriores. Também a avaliação da capacidade de mastigação foi relacionada com o número de dentes anteriores presentes, acrescida do número total de dentes presentes e da necessidade de extrações. Na avaliação da aparência bucal foram importantes a presença de dentes anteriores e a quantidade de dentes com extração indicada.

A percepção das necessidades de tratamento dentário foi baixa e os tipos mais citados foram as restaurações, o tratamento periodontal e a substituição protética dos dentes.

Os autores chegaram à conclusão de que a avaliação que as pessoas fazem de sua aparência, condição bucal e capacidade de mastigação tem alguma relação com sua condição clínica. No entanto, a percepção das necessidades de tratamento é baixa, principalmente na ausência de sinais aparentes, e por isso devem ser enfatizados os programas educativos, que além de passar informações sobre saúde bucal, também incentivem o auto-exame da cavidade bucal.

MATTHIAS e col.⁴⁹ (1993) compararam a auto-avaliação da aparência bucal com a avaliação feita pelo dentista em pessoas com 65 anos e mais de idade.

Participaram do estudo 550 pessoas de Los Angeles, EUA, através de entrevista telefônica e exame clínico. A entrevista continha questões sobre saúde geral, física, mental e bucal, comportamentos relacionados com saúde e dados sócio-econômicos. A principal pergunta do questionário foi: “Comparando com outras pessoas da sua idade, qual a avaliação que você faz da aparência de seus dentes?” como resposta havia uma escala que ia de “muito mais atrativo que as outras pessoas” até “muito menos atrativo”.

No exame clínico, o profissional avaliava a aparência bucal com a mesma escala usada pelos pacientes, mas levando em consideração o número total de dentes e a quantidade de dentes anteriores presentes.

Os resultados mostraram que 40% dos pacientes avaliaram sua aparência melhor que o dentista, e 22% pior. A análise bivariada mostrou que as duas avaliações estavam relacionadas à condição bucal e à escolaridade. No caso dos pacientes, uma auto-avaliação positiva também foi associada às pessoas com a cor da pele branca e a uma atitude de saúde mental positiva, enquanto que uma avaliação positiva pelo dentista estava associada aos pacientes mais jovens, casados, que apresentavam maior renda e tinham melhores relações sociais com as outras pessoas.

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

ATCHISON e col.⁴ (1993) conduziram estudo com idosos não-desdentados, para comparar a condição de saúde bucal de acordo com a avaliação feita pelo dentista e pela própria pessoa. Também era de interesse do estudo comparar fatores clínicos e subjetivos que influenciavam a avaliação.

O estudo constituiu no exame clínico e entrevista telefônica com 776 pessoas com 65 anos e mais de idade, em Los Angeles, EUA. A entrevista incluiu questões sobre saúde geral e bucal, avaliação da aparência dentária, condição bucal, uso de prótese removível, necessidade de tratamento dentário e o GOHAI.

No exame clínico, 13 dentistas, devidamente treinados, utilizaram vários índices clínicos para medir as principais doenças bucais. Também avaliaram a aparência dentária das pessoas levando em consideração fatores como o número de dentes com contato oclusal e problemas de fala.

Os resultados mostraram que a avaliação dos dentistas foi mais positiva que a avaliação das próprias pessoas. Aproximadamente 30% dos idosos avaliaram sua condição bucal de maneira idêntica ao dentista, enquanto 49% avaliaram como pior e 21% avaliaram sua condição bucal como mais positiva que o dentista.

Análise estatística dos resultados mostrou, através de comparação bivariada, que as variáveis clínicas e subjetivas estavam associadas nas avaliações

feitas pelo dentista e pelo paciente. Também foi realizada análise de regressão múltipla para determinar preditores comuns entre as duas avaliações. Para os dentistas foram encontrados 6 preditores, sendo 3 clínicos (dentes com contato oclusal posterior, dentes com mobilidade e mucosa bucal seca) e 3 subjetivos (alto escore do índice GOHAI, necessidade de tratamento dentário e auto-avaliação positiva da aparência bucal). Os preditores encontrados na auto-avaliação dos pacientes também foram clínicos (dentes com contato oclusal anterior e posterior e dentes cariados) e os mesmos fatores subjetivos encontrados na avaliação dos dentistas.

Os resultados também mostraram que as pessoas, de uma maneira geral, avaliavam sua condição bucal como positiva, e este fato possivelmente era devido a uma boa condição sócio-econômica dos examinados.

MATTHIAS e col.⁵⁰ (1995) realizaram estudo com o objetivo de determinar a relação entre a auto-avaliação da saúde bucal e uma série de medidas clínicas, sociais, de saúde física e mental em população urbana idosa.

A pesquisa foi realizada em 550 pessoas, com 65 anos e mais de idade, em Los Angeles, EUA, através de exame clínico e entrevista telefônica. No exame clínico foram utilizados o índice CPO-D e o índice de higiene oral simplificado (OHI-S). Na entrevista, foram utilizados o GOHAI, o “Mental Health Inventory” (MHI), que mede ansiedade e controle emocional, e a escala “The Center for Epidemiologic Studies on Depression” (CES-D), que mede sintomas depressivos, enquanto a condição funcional foi medida pelo instrumental “Activities of Daily Living” (IADL).

Os resultados mostraram que o componente dente perdido esteve mais associado com a auto-avaliação da saúde bucal que o índice CPO-D. Além disso, os maiores preditores da auto-avaliação foram: a aparência e a preocupação com os dentes, seguido do total de dentes perdidos, nível de instrução e escores depressivos. Os resultados também mostraram que a auto-avaliação da saúde geral estava associada com a auto-avaliação da saúde bucal.

Os autores concluíram que a auto-avaliação da saúde bucal pode ser, em idosos, uma medida mais de saúde do que de morbidade.

LEÃO e SHEIHAM³⁶ (1995) realizaram estudo relacionando a condição bucal clínica com problemas psicológicos e sociais que podem afetar a qualidade de vida das pessoas.

Os autores desenvolveram um indicador sócio-dental chamado “Dental Impact of Daily Living” (DIDL), que avaliava 5 dimensões da saúde bucal, como: aparência, dor, conforto, condição bucal e restrições de alimentação. O instrumento de pesquisa foi testado quanto à sua validade e fidedignidade.

A pesquisa foi realizada no Brasil, com 662 pessoas de 35 a 44 anos de idade, de duas classes sociais e com diferentes níveis de condição bucal.

Os resultados mostraram uma associação fraca porém significativa entre a condição bucal e as variáveis sociais e psicológicas. As pessoas, divididas de acordo com o índice CPO-D, mostraram uma diferença significativa na distribuição dos escores em todas as dimensões do questionário, pois, quanto pior a condição bucal, maiores eram os problemas subjetivos.

De acordo com os resultados, os autores concluíram que a condição bucal e as variáveis sociais e psicológicas deveriam ser consideradas simultaneamente, quando da avaliação das necessidades dentárias das pessoas.

LOCKER e JOKOVIC⁴⁰ (1996) realizaram estudo para avaliar uma série de indicadores subjetivos de saúde bucal, com o objetivo de identificar idosos que necessitavam de tratamento odontológico.

Os dados foram coletados através de entrevista, exame clínico e questionário auto-aplicável em 493 pessoas com 50 anos e mais de idade, não-desdentadas e funcionalmente independentes, que moravam sem o apoio de qualquer serviço de suporte a idosos, em Ontário, no Canadá. Os indicadores subjetivos utilizados foram: uma questão sobre auto-avaliação das necessidades de tratamento com resposta sim ou não; 15 questões sobre problemas sociais decorrentes da condição bucal; e 49 perguntas que compõem o “Oral Health Impact Profile” (OHIP),

que mede a frequência na qual as pessoas apresentam problemas no seu dia a dia em função das condições bucais. Também foi realizado exame clínico para que o dentista pudesse determinar a necessidade de tratamento do paciente.

As associações entre os indicadores subjetivos e a necessidade de tratamento definida clinicamente foram avaliadas através de testes estatísticos para determinar a força preditiva dos diagnósticos.

Os resultados mostraram que, apesar de existirem associações estatisticamente significantes entre as medidas clínicas e as subjetivas, alguns valores estatísticos, como a sensibilidade, foram baixos, mostrando que as medidas subjetivas são menos detalhadas que o exame clínico, mas servem para identificar subgrupos de indivíduos cujas condições clínicas apresentem problemas significativos no dia-a-dia e que necessitem de tratamento odontológico.

Os autores concluíram que as medidas subjetivas avaliadas neste estudo deveriam ser interpretadas como indicadores de necessidade, que servem para complementar as medidas clínicas convencionais.

STEELE e col.⁷⁸ (1997) realizaram estudo com o objetivo de identificar características da dentição natural, especialmente o número e a distribuição dos dentes, que são importantes na satisfação bucal e na ausência de problemas de mastigação em idosos.

Foram examinadas 1211 pessoas, não-desdentadas e com 60 anos e mais de idade, escolhidas através de uma amostra aleatória, em 3 áreas da Inglaterra. A análise de regressão logística múltipla foi utilizada para identificar os fatores clínicos que contribuíam para a satisfação com a estética dentária e com a capacidade de morder e mastigar sem problemas.

Os resultados mostraram que os fatores clínicos mais importantes relacionados com a ausência de problemas na mastigação foram: ter 21 ou mais dentes naturais e não possuir prótese parcial removível, ter 2 ou mais dentes posteriores em contato e não ter ausência de dentes anteriores.

A insatisfação com a estética foi associada à ausência dos dentes anteriores e à presença de cárie dentária e doença periodontal.

Os autores concluíram que os fatores clínicos pesquisados estavam correlacionados à satisfação com a saúde bucal.

JOKOVIC e LOCKER²⁶ (1997) avaliaram a insatisfação com a saúde bucal em população idosa e os fatores associados a esta insatisfação. Os dados foram obtidos a partir de exame clínico e entrevista com 907 pessoas com 50 anos e mais, não-institucionalizadas, em Otário, Canadá.

A relação entre a insatisfação com a saúde bucal e as variáveis sociais, clínicas e os problemas funcionais e psicológicos foi realizada através de análise bivariada e multivariada.

Os resultados mostraram que 14,3% das pessoas estavam insatisfeitas com sua mastigação, 21,6% com a aparência de seus dentes e 5,6% por não conseguir falar claramente. As pessoas desdentadas estavam mais insatisfeitas do que as que possuíam dentes. O modelo de regressão multivariada encontrou em pessoas não desdentadas 7 variáveis que explicavam 31% da variação dos escores de insatisfação, enquanto que nos edêntulos, foram encontradas 3 variáveis responsáveis por 53% da variação.

Os autores concluíram que as variáveis sociais, clínicas e psicológicas estavam associadas à sensação de insatisfação sentida pelas pessoas; contudo, as variáveis psicológicas foram as que apresentaram a maior associação.

LOCKER e col.⁴¹ (1997) realizaram estudo com o objetivo de verificar a associação entre o estilo e a condição de vida com a saúde bucal de idosos canadenses.

Participaram do estudo 498 pessoas, com 53 anos e mais de idade, não-desdentadas e classificadas como funcionalmente independentes, residentes em Ontário, no Canadá. No estudo, o estilo de vida foi medido em termos de comportamentos ligados à saúde, como a realização de atividades físicas, o hábito de fumar, o consumo de álcool, a escovação dentária, o uso de fio dental, o consumo de alimentos entre as refeições, entre outros. A condição de vida foi medida através de uma escala construída a partir das variáveis que descreviam as condições materiais e

sociais das pessoas ou o meio ambiente no qual elas viviam, como educação, renda anual, estado civil, acesso a tratamento dentário e outros.

Os indicadores da condição bucal utilizados foram o número de dentes perdidos, a quantidade de superfícies radiculares cariadas ou restauradas, a perda média de inserção periodontal, a quantidade de sintomas bucais percebidos nas últimas 4 semanas, a auto-avaliação da condição bucal e um escore de impactos psicológicos e sociais decorrentes da situação bucal.

De acordo com os resultados, as condições de vida estiveram associadas de maneira significativa a 3 dos 6 indicadores de saúde bucal (número de dentes perdidos; escore dos impactos psicológicos e sociais; número de sintomas bucais), enquanto o estilo de vida esteve associado a 5 dos 6 indicadores (apenas a quantidade de sintomas bucais não mostrou associação). Um estilo de vida saudável teve efeito sobre a condição bucal das pessoas classificadas como tendo condição de vida pobre ou mediana e não apresentou associação entre os privilegiados, segundo os autores porque a condição bucal deste grupo já era boa.

A análise de regressão logística mostrou que as doenças bucais, como a cárie radicular e a doença periodontal, devido ao seu relacionamento com a placa bacteriana e com os fatores dietéticos, podem ser relacionadas com o estilo de vida, enquanto a percepção de bem-estar é mais influenciada pelas condições de vida do indivíduo.

Os autores concluíram que, entre as pessoas examinadas, o estilo e as condições de vida estavam relacionadas com a saúde bucal e que o papel destes fatores varia de acordo com o indicador de saúde em questão.

2.5 Validade dos Dados Obtidos Através de Questionários

Os dados subjetivos são obtidos através de questionários aplicados à população de estudo. Alguns estudos analisaram a validade deste instrumento, bem como suas limitações, na coleta das informações subjetivas.

BRADY e MARTINOFF¹² (1980) realizaram estudo com o objetivo de determinar a eficácia de dois métodos de diagnóstico, o questionário auto-aplicável e a entrevista, na coleta de informações sobre a saúde geral do paciente.

Os dados foram coletados em 2107 pacientes que estavam em tratamento na Faculdade de Odontologia da Universidade da Califórnia, EUA. O questionário auto-aplicável foi entregue ao paciente na sua primeira visita à faculdade e a entrevista realizada por estudantes que usavam o questionário como referência.

Usando os dados obtidos no questionário, entrevista e exame físico, os pacientes foram classificados em 4 categorias, que iam desde pessoas saudáveis, sem doenças sistêmicas, até pessoas em constante risco de vida, por problemas sistêmicos.

Os resultados mostraram que 32% dos questionários estavam inválidos por erro ou omissão do paciente no seu preenchimento. A comparação entre o questionário e a entrevista e avaliação física mostrou que, entre as pessoas saudáveis (66% da amostra), 32% não conseguiram responder corretamente ao questionário.

Também foi perguntado se a pessoa se considerava tendo boa saúde e 30% dos pacientes deram respostas em desacordo com a classificação feita anteriormente.

Os autores concluíram que só a aplicação do questionário não é suficiente para proporcionar ao profissional todas as informações sobre a condição de saúde do paciente, pois vários fatores podem interferir nestes dados como ansiedade, dificuldade de entendimento das perguntas ou não percepção dos sinais e dos sintomas.

LAHTI e col.³⁵ (1989) conduziram estudo com o objetivo de comparar a quantidade de dentes presentes, obtida através de um questionário e de exame clínico. Também verificaram se as informações coletadas através do questionário eram válidas para o uso em estudos tipo levantamento epidemiológico.

O grupo estudado foi constituído por 255 pessoas adultas, com média de idade de 40,8 anos, da cidade de Savonlinna, na Finlândia. A quantidade de dentes presentes foi determinada pela pessoa através de um questionário auto-aplicável e por um exame clínico realizado dois meses depois por 2 dentistas.

Os resultados mostraram que houve concordância significativa na quantidade de dentes presentes, através dos testes Somer's D e teste t. A correlação entre os dois métodos de diagnóstico foi alta (0,98 para o sexo masculino e 0,99 para o sexo feminino). Tanto os homens como as mulheres relataram, com mais frequência, ter menos dentes que o real.

Com base nos resultados, os autores concluíram que o questionário pode fornecer dados válidos sobre a quantidade de dentes presentes se a amostra estudada for representativa da população.

PALMQVIST e col.⁵⁷ (1991) conduziram estudo para determinar a validade de informações dentárias obtidas através de um questionário auto-aplicável. Das 2383 pessoas, com idade entre 45-69 anos, em Örebro, Suécia, que responderam ao questionário, 100 foram selecionadas aleatoriamente para serem examinadas clinicamente. As pessoas foram ordenadas em 4 grupos, de acordo com o número de dentes perdidos, substituídos por próteses e pela condição protética.

Os resultados mostraram que, para o número de dentes perdidos e substituídos por prótese, a concordância observada através do diagnóstico clínico e resposta ao questionário foi de 65% para ambas as arcadas e a concordância estimada pela estatística kappa foi de 0,52. Nos casos em que não houve concordância, as pessoas avaliaram sua condição bucal, através do questionário, como mais positiva que a encontrada no exame clínico.

Sobre a condição protética houve concordância entre os dois métodos, pois todas as próteses removíveis presentes no exame clínico foram citadas pelas pessoas no questionário, embora nem todas fossem do tipo mencionado.

Os autores concluíram que a auto-avaliação feita através de questionário pode ser utilizada para medir a condição protética, porém, quanto ao

número de dentes perdidos e substituídos, deve ser utilizada com reservas, pois não há concordância elevada com o diagnóstico clínico.

AXELSSON e HELGADÓTTIR⁵ (1995) realizaram estudo com o objetivo de avaliar a validade de informações sobre saúde bucal obtidas a partir de questionário auto-aplicável.

O estudo foi realizado na Islândia, com 319 pessoas de 3 faixas etárias: 18 anos, 35-44 anos e 65 anos e mais. Estas pessoas preencheram um questionário auto-aplicável, onde as principais informações coletadas foram a quantidade de dentes presentes e o uso de algum aparelho protético. Também passaram por um exame clínico para que os resultados pudessem ser comparados. O nível de concordância entre os dois métodos de exame foi estimado pela estatística kappa.

Os resultados mostraram que houve concordância ($k=0,65$) no número de dentes presentes, de acordo com os dois métodos utilizados e em todas as faixas etárias pesquisadas. A quantidade de dentes presentes mencionados a mais (16%) ou a menos (14%) foi pequena.

A concordância entre os dois métodos de exame com relação ao uso de prótese foi de $k=1,00$, nas próteses totais, e $k=0,78$, nas próteses parciais.

Os autores concluíram que os dados obtidos através do questionário auto-aplicável podem ser válidos para o planejamento de programas e para a coleta de informações sobre a quantidade de dentes presentes, o nível de edentulismo e a presença de prótese total ou parcial.

2.6 Operacionalização do Conceito Classe Social

Os homens se relacionam entre si segundo o papel que ocupam no processo social de produção, constituindo, assim, as classes sociais.

Na Sociologia, não existe um consenso sobre o conceito de classe social, mas grande parte dos autores reporta-se à definição que se segue e onde se situam os elementos centrais para sua conceituação. Segundo Lênin, citado por BARROS⁸ (1986), “as classes sociais são grandes grupos de pessoas que diferem umas das outras pelo lugar ocupado por elas num sistema historicamente determinado de produção social, por sua relação (na maioria dos casos fixada e formulada em lei) com os meios de produção, por seu papel na organização do trabalho e, por consequência, pela dimensão e método de adquirir a parcela da riqueza social de que dispõem” (p.270).

Num modelo teórico de sociedade de classes, a identificação das classes sociais é simples e parte das relações sociais de produção e do reconhecimento da relação antagônica entre as duas classes fundamentais. No entanto, na realidade esta situação não ocorre, pois os grupos sociais existentes não se esgotam nas duas classes básicas, sendo necessário levar em conta a presença de “classes de transição” (BARROS⁸, 1986).

Em epidemiologia, alguns estudos utilizam o conceito de classe social para explicar fenômenos de saúde-doença. A categorização de uma população em classes sociais é importante na análise da produção e distribuição da enfermidade e de acordo com BRONFMAN e TUIRÁN¹³ (1984) “a inserção de classe determina, em última instância, o acesso diferencial, entre outros, à infra-estrutura de saúde, à quantidade e qualidade de alimentos, à habitação e ao vestuário” (p.54).

Nos estudos epidemiológicos, a maior dificuldade é a operacionalização do conceito classe social, pois este envolve diferentes aspectos que não são contemplados num questionário e cuja classificação é feita principalmente pelo lado econômico, deixando de lado variáveis políticas, ideológicas e jurídicas (LOMBARDI e col.⁴³, 1988).

Percebe-se que a classificação de acordo com a classe social tem limitações e problemas, mas que, segundo BRONFMAN e TUIRÁN¹³ (1984), se o questionário não reflete as classes em sua totalidade pelo menos é possível através dele identificar grupos sociais e como estes afetam o comportamento das pessoas.

BRONFMAN e TUIRÁN¹³ (1984) realizaram estudo com o objetivo de discutir e operacionalizar o conceito de classe social, exemplificando sua aplicação em dados sobre mortalidade infantil.

O estudo foi realizado no México, através de uma pesquisa demográfica nacional, onde foram coletadas informações de 10206 mulheres em idade fértil. Para a classificação destas pessoas, de acordo com a classe social, foram obtidos uma grande variedade de indicadores que permitiram a construção de diversos grupos, classes ou agregados, agrícolas e não agrícolas. As principais variáveis utilizadas na definição de classe social foram:

primeira dimensão - lugar que a pessoa ocupa em um sistema de produção historicamente determinado, como condição de atividade no momento, setor, ramo e tipo de atividade, posição na ocupação, compra da força de trabalho;

segunda dimensão - relação com os meios de produção, como a propriedade dos meios de produção;

terceira dimensão - papel da pessoa na organização social do trabalho, como formação da força de trabalho, escolaridade, conhecimento de ofício, tipo de ocupação;

quarta dimensão - magnitude e forma com que a pessoa recebe a parte da riqueza social de que dispõe, como magnitude do salário e de outras fontes de renda.

As pessoas que moravam na área urbana foram classificadas em: burguesia, pequena burguesia tradicional, nova pequena burguesia, proletariado típico, proletariado não-típico e força de trabalho livre não-assalariada. Para as pessoas que moravam na área rural utilizou-se a classificação a seguir: burguesia agrária, camponeses médios, camponeses pobres e semiproletariados, proletariado agrícola.

Com os resultados obtidos da pesquisa os autores relacionaram a classe social com a mortalidade infantil. Assim, a esperança de vida ao nascer foi de 70 anos entre as crianças pertencentes à nova pequena burguesia, de 62 anos no proletariado típico e de 57 anos entre o proletariado agrícola. Também a probabilidade de uma criança morrer entre o nascimento e o segundo ano de vida e alguns fatores de risco, como a porcentagem de mulheres com pelo menos um filho

nascido vivo, foram diferentes segundo a classe social e mostraram a validade desta variável.

Para os autores, as diferenças encontradas entre as classes sociais foram "assustadoras e dramáticas" (p.72) e, por isso, seria importante o desenvolvimento de novos estudos que aprofundem esta linha de investigação.

BARROS⁸ (1986) realizou estudo com o objetivo de propor a utilização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos.

Baseado nas análises e metodologias desenvolvidas e utilizadas por Singer, o autor adotou o seguinte esquema de classes sociais: burguesia empresarial, pequena burguesia, burguesia gerencial, proletariado propriamente dito e subproletariado.

Neste esquema, as informações utilizadas foram basicamente a "posição na ocupação" e o "tipo de ocupação". Assim, a burguesia empresarial foi constituída pelos empregadores com rendimentos acima de 9 salários mínimos ou com no mínimo 5 empregados. A pequena burguesia foi constituída pelos empregadores, porém com rendimentos de até 9 salários mínimos ou até 4 empregados, e pelos autônomos estabelecidos com negócio. A burguesia gerencial foi composta pelos assalariados com funções gerenciais, como técnicos, profissionais e diretores. O proletariado propriamente dito foi constituído pelos outros assalariados, como os escriturários, bancários, viajantes, vendedores, trabalhadores de serviço, trabalhadores de transporte e comunicação, e trabalhadores de processos de produção. Por último, o subproletariado foi composto pelos desempregados, doentes, trabalhadores da construção civil, empregados domésticos, trabalhadores agrícolas.

A partir deste esquema, o autor trabalhou com dados de uma amostra urbana de Ribeirão Preto, SP, buscando estabelecer um conjunto de estratos sócio-ocupacionais que permitissem a discriminação das frações de classe social segundo a inserção dos chefes de família no processo produtivo.

O autor concluiu que o esquema proposto tem restrições e dificuldades de operacionalização, mas que pode possibilitar melhor entendimento das relações

saúde/sociedade, melhor compreensão da determinação do processo saúde-doença, de sua produção e distribuição em populações humanas.

LOMBARDI e col.⁴³ (1988) procuraram demonstrar que é possível operacionalizar o conceito de classe social para sua utilização em estudos epidemiológicos. Através de estudo em população infantil realizado em Pelotas, RS, foi adaptado o modelo de classe social desenvolvido no México, por Bronfman e Tuirán, e comparado com o modelo utilizado por Barros, em Ribeirão Preto, SP.

Os autores se basearam na classificação desenvolvida por Bronfman e Tuirán para adaptá-la tanto às características sócio-econômicas locais quanto aos indicadores disponíveis no estudo.

A situação de classe da família foi definida através da inserção, nos processos de produção, do componente que recebia a maior renda. Estas famílias foram classificadas como pertencentes a uma das seguintes classes sociais: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não-típico, proletariado típico e subproletariado.

Mediu-se o poder discriminatório das duas classificações, a de Barros e a de Lombardi, em termos de processo saúde-doença, tendo como variável dependente o crescimento de 5384 crianças nascidas em 1982.

As duas classificações estavam associadas com diferenças significativas ($p < 0,001$) no crescimento infantil, e os autores concluíram que a proposta desenvolvida no México apresentou maior poder discriminatório que o modelo desenvolvido em Ribeirão Preto. Quando as duas classificações foram incluídas em uma análise multivariada do peso e da altura das crianças, o efeito do modelo utilizado no México foi significativo ($p < 0,001$), ao contrário do efeito da classificação utilizada em Ribeirão Preto.

SOLLA⁷⁴ (1996a) realizou revisão da literatura para identificar os principais problemas existentes na utilização do conceito de classe social na investigação epidemiológica.

Os principais aspectos abordados pelo autor foram:

- 1) o tratamento isolado das classes sociais que não refletem as relações de oposição (dominação e subordinação) existentes na estrutura de classes, sendo, por isso, construídas a partir da inserção na produção de cada indivíduo/família participante;
- 2) a necessidade de adequar o esquema de operacionalização às particularidades de cada formação sócio-econômica, pois as classes sociais não são categorias nominais que possam ser definidas a partir de um esquema aplicável em qualquer sociedade;
- 3) a dificuldade de operacionalização do conceito classe social, que leva a uma simplificação, reduzindo-o a uma série de variáveis articuladas que, a partir do conceito empírico, irão definir a classe social a que pertence determinado indivíduo/família;
- 4) a necessidade de estabelecer determinados pontos de corte arbitrários, como ocorre com as variáveis quantitativas como renda, número de empregados e tamanho da propriedade rural;
- 5) o comprometimento da qualidade das informações pelo número de variáveis necessárias e pela dificuldade de acesso a certos dados;
- 6) a necessidade de amostra relativamente grande, devido ao número de classes e frações de classe existentes e à pequena proporção de certas classes na população;
- 7) a definição da inserção de classe de segmentos afastados da produção no momento da investigação, como aposentados, desempregados, donas de casa, estudantes e doentes/afastados, é controversa com várias alternativas;
- 8) os objetivos da investigação que devem ser levados em consideração na definição do esquema de operacionalização a ser utilizado;
- 9) a dificuldade existente quando um mesmo indivíduo tem duas ou mais inserções distintas na produção;
- 10) a classe social não é um determinante central, pois sua ação é mediada por variáveis que possuem certo grau de autonomia relativa; assim, a determinação probabilística e estatística entre classe social e processo saúde-doença pode ser enfraquecida;
- 11) variações conjunturais, como os períodos recessivos, podem alterar as associações observadas entre a classe social e as variáveis dependentes utilizadas na análise.

O autor, em seus comentários finais, fez referência à necessidade de adequar o conceito de classe social, tanto à situação estrutural da sociedade estudada, quanto à variação de processos dinâmicos conjunturais e aos critérios adotados expressos através de variáveis quantitativas, e à resolução de questões teórico-conceituais fundamentais para a construção deste processo.

SOLLA⁷⁵ (1996b) comparou algumas propostas de operacionalização do conceito de classe social que foram empregadas em investigações epidemiológicas. Foram analisadas as propostas de Bronfman e Tuirán (1984), Barros (1986), Bronfman et al (1988), e a desenvolvida por Wright (1981, 1985) em estudos sociológicos.

Foram identificadas diferenças básicas entre as propostas estudadas, dizendo respeito a:

- 1) estrutura de classe: os autores dividem as classes sociais de maneira diferente, resultando em formas distintas de classificação;
- 2) decisão acerca de qual indivíduo terá sua inserção produtiva tomada como definidora da classe social da família: que pode ser o “chefe” da família, o componente que recebe a maior renda ou a atividade produtiva do homem;
- 3) situação de classe dos desempregados, donas-de-casa e aposentados que fossem “chefes” de família: podem ser classificados como subproletariados, ser excluídos, ser considerados grupo familiar, ao invés de trabalhar com o “chefe” da família, definir a inserção de classe pela atividade produtiva no passado, no caso dos aposentados, e a partir da situação de classe do marido, no caso das donas-de-casa;
- 4) situação dos estudantes: podem ser enquadrados de acordo com a inserção de classe do responsável pelo seu sustento ou classificados de acordo com a sua inserção futura;
- 5) para diferenciar a burguesia da nova pequena burguesia, ou a nova pequena burguesia do proletariado podem ser considerados o número de empregados, a renda, a qualificação profissional ou a responsabilidade no serviço.

A partir das diferenças observadas, o autor pode identificar problemas relacionados ao fato de que a utilização de um mesmo conceito de classe social pode

levar a modelos de operacionalização distintos, devido a diferentes interpretações sobre aspectos teóricos-conceituais.

O autor concluiu que é preciso adaptar a proposta de operacionalização a ser empregada, levando em consideração as particularidades da formação sócio-econômica estudada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem por objetivo geral avaliar a autopercepção da condição bucal em pessoas, dentadas e desdentadas, com 60 anos e mais de idade e funcionalmente independentes, que freqüentavam um centro de saúde no município de Araraquara, Estado de São Paulo, no ano de 1997.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência das principais doenças bucais presentes na população investigada.
- Analisar a importância de variáveis sócio-demográficas, subjetivas e clínicas na autopercepção das condições bucais na população investigada.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Contexto da Pesquisa

A pesquisa teve sua coleta de dados realizada entre os meses de maio e setembro de 1997, através de exame clínico e aplicação de questionário em pessoas com 60 anos e mais de idade, funcionalmente independentes, que freqüentavam o Centro Regional de Reabilitação de Araraquara (CRRA).

4.2 População de Estudo

Compuseram a população de estudo, as pessoas inscritas no Programa do Idoso do CRRA. Este é um serviço municipal para atendimento gerontológico, que presta assistência multidisciplinar curativa e de reabilitação às pessoas com 60 anos e mais de idade. São oferecidos atendimentos nas áreas de medicina, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e educação física e são formados grupos para atividades sociais.

Para a seleção da amostra desta população foi estabelecida a idade de corte em 60 anos, porque esta é a idade mínima determinada pelo CRRA para inscrições em seu programa do idoso. Conforme já demonstrado na revisão da literatura (BIRMAN e col.¹¹ 1991; ROSA e col.⁶⁴ 1992; ROSA e col.⁶⁵ 1993; PEREIRA e col.⁵⁸ 1996), esta é também a idade considerada em quase todos os estudos realizados com população idosa no Brasil.

Para definir uma amostra deste grupo foram encontradas algumas dificuldades, pois o serviço não continha o número de pessoas que o freqüentava regularmente. Houve acesso, apenas, ao número total de pessoas matriculadas (o que incluía as que não mais freqüentavam e os óbitos) e ao número de atendimentos feitos mensalmente, que não tinha muito significado, pois um paciente podia ter

vários retornos no mês, com o mesmo profissional ou não, e cada retorno era considerado um atendimento.

Outro critério utilizado para a seleção da amostra foi o estado funcional do indivíduo. Foram selecionadas apenas as pessoas classificadas como independentes de acordo com os critérios utilizados por ROSA e col.⁶⁵ (1993), que determinam que são independentes os indivíduos sadios, que podem apresentar doenças crônicas não graves e controladas por medicação, ou apresentarem declínio sensorial associado com a idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

Estabeleceu-se uma amostragem de conveniência pela facilidade de acesso a estas pessoas. Assim, deveriam fazer parte do estudo todas as pessoas, funcionalmente independentes, que recebessem atendimento médico num período pré-determinado de 4 meses. Este período foi estabelecido, pois, de todos os serviços oferecidos pelo centro de saúde, a área médica é a que apresenta maior procura e o retorno é feito a cada 3, 4 ou 6 meses, dependendo das condições do indivíduo. Os outros profissionais atendem a um grupo constante de pacientes, onde o atendimento é feito por períodos maiores de tempo, e através de várias sessões. Outro motivo para a escolha do serviço médico foi o fato de os pacientes serem obrigados a passar por consulta médica para serem encaminhados a outros profissionais.

Com início da parte prática em maio, e término em setembro, decidiu-se ficar um mês além do previsto, pois, no período estabelecido, em vários dias não houve atendimento devido a feriados, faltas e férias dos profissionais. Pôde-se constatar, também, que, nos últimos 15 dias de estudo, houve sensível diminuição no número de pessoas examinadas, pois a maioria estava retornando à consulta médica e já havia participado do estudo.

Foram excluídas do estudo as pessoas que se recusaram a participar. No total, participaram 337 pessoas, com idade média de 68,4 anos (dp = 7,01 anos).

4.3 Instrumentos de Coleta dos Dados

A pesquisa foi realizada através da aplicação de questionário e realização de exame clínico. As variáveis incluídas no questionário tinham como objetivo detectar a percepção da pessoa sobre sua saúde bucal, enquanto no exame clínico as variáveis tinham por objetivo avaliar clinicamente a condição bucal. As variáveis de estudo foram as seguintes:

- idade;
- sexo;
- escolaridade;
- classe social;
- condição periodontal;
- presença de cárie radicular;
- quantidade de dentes cariados, extraídos, com extração indicada e restaurados;
- uso e/ou necessidade de prótese removível;
- autopercepção de algum problema com os dentes ou com a gengiva;
- problemas funcionais, psicológicos e dolorosos que compõem o índice GOHAI;
- auto-avaliação da condição bucal.

O questionário aplicado continha 17 questões fechadas de múltipla escolha e três questões abertas, sendo 12 questões referentes ao índice GOHAI e as outras 8 referentes às características sócio-demográficas e autopercepção da condição bucal.

A auto-avaliação da condição bucal foi medida através das perguntas: “Como você avalia a condição de sua boca?”, com as respostas distribuídas em uma escala de Likert (MANN⁴⁶ 1970) variando de “excelente” a “péssima”, e “Você tem algum problema com seus dentes ou gengiva?”, aplicada somente em pessoas dentadas, e com respostas sim ou não. A primeira pergunta foi considerada como variável dependente nas análises de diferença entre os grupos e de regressão multivariada, enquanto as perguntas sobre os problemas bucais ou gengivais foram associadas apenas às condições clínicas das pessoas dentadas.

As perguntas do índice GOHAI apresentavam 3 possíveis respostas: “sempre”, “algumas vezes”, “nunca”. Elas receberam os escores 1, 2 e 3 e para determinação do índice somou-se o escore de cada questão. O escore de cada indivíduo variou de 12 a 36 e, quanto mais alto seu valor, melhores condições bucais a pessoa apresentava.

A condição de classe social dos entrevistados foi definida a partir das questões referentes às condições sócio-econômicas, como profissão, ocupação profissional, escolaridade e renda do entrevistado e da pessoa responsável pelo sustento da família. A análise destas questões e a construção das classes sociais foram realizadas tendo como referência o esquema proposto por BRONFMAN e TUIRÁN¹³ (1984), adaptado por LOMBARDI e col.⁴³ (1988).

Por se tratar de estudo com população idosa, onde se espera grande número de pessoas aposentadas, a situação de classe do entrevistado foi definida pelo grupo familiar, a partir da pessoa responsável pelo sustento da família, e utilizando como indicador sua ocupação.

Os entrevistados foram classificados como pertencentes a uma das seguintes classes sociais: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado. As variáveis utilizadas na composição destas classes encontram-se especificadas no anexo 1.

O questionário passou por vários pré-testes antes de adquirir sua forma definitiva, com perguntas objetivas e adequadas ao estudo.

No primeiro pré-teste, realizado no Centro de Saúde-Escola Geraldo Horácio de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o principal problema detectado foi a dificuldade de compreensão de algumas perguntas do índice GOHAI, que haviam apenas sido traduzidas para o português. Após a revisão da tradução, realizou-se um segundo pré-teste, desta vez em pacientes da Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP, e foram obtidos melhores resultados, mas ainda insatisfatórios, pois as alternativas presentes em cada pergunta do índice GOHAI, em número de 5 (sempre, freqüentemente, algumas vezes, raramente, nunca), causavam confusão entre as pessoas. Como na análise dos

resultados do índice original as 5 alternativas foram agrupadas em 3 (sempre, algumas vezes, nunca), decidiu-se trabalhar com as 3 alternativas já na coleta dos dados.

Foram realizados mais dois pré-testes, um no Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Saúde Pública e outro em idosos que freqüentavam um grupo de terceira idade no SESI (Serviço Social da Indústria) de Araraquara. Foram entrevistadas 32 pessoas em São Paulo e 43 em Araraquara e obtidos melhores resultados, tanto nas questões do índice GOHAI, quanto nas questões sobre autopercepção. Após os últimos ajustes no instrumento (anexo 2), realizou-se a codificação e categorização das respostas.

A entrevista foi realizada antes do exame clínico pelo examinador, que também foi o responsável pelo preenchimento dos questionários.

Os exames clínicos foram realizados para levantar as condições de saúde bucal do indivíduo. O examinador avaliou vários componentes da saúde bucal, através de indicadores tradicionais de saúde, baseados na ausência ou presença de doença.

Quanto à cárie dentária, os dentes foram classificados como sendo hígidos, cariados, extraídos, com extração indicada ou restaurados, de acordo com o descrito por CHAVES¹⁵ (1986) e segundo os critérios de diagnóstico estabelecidos pela disciplina de Odontologia Preventiva e Sanitária da Faculdade de Odontologia de Araraquara da UNESP (anexo 3). Também foi avaliada a presença de dentes com recessão gengival e cárie radicular, e para isso foram seguidos os critérios descritos por KATZ³⁰ (1990) e WATANABE⁸⁵ (1994).

A condição periodontal foi avaliada através do índice CPITN (“Community Periodontal Index of Treatment Needs”), proposto por AINAMO e col.¹ (1982), que indica a presença ou não de sangramento gengival, cálculo supra e subgengival e bolsas periodontais.

A avaliação do uso e da necessidade de prótese removível foi realizada a partir de adaptação dos critérios utilizados no levantamento epidemiológico em saúde bucal, realizado no Brasil em 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵¹ 1988), pois, no atual estudo, foram incluídas as próteses parciais. Foram considerados:

- uso de prótese removível: presença ou não, no momento do exame, de prótese parcial ou total removível;
- necessidade de prótese removível: pessoas que já utilizavam prótese total ou parcial mas em condições clínicas inadequadas e, portanto, necessitando de nova prótese; pessoas desdentadas ou com no mínimo 4 ou mais dentes indicados para extração ou já extraídos, no mesmo maxilar, que não utilizavam prótese removível mas que clinicamente seria indicado seu uso.

Por condições clínicas inadequadas da prótese estabeleceram-se os seguintes critérios: próteses quebradas, com falta de 1 ou mais dentes ou com os dentes gastos. Não foram avaliadas a perda de dimensão vertical ou a estabilidade da prótese.

Os exames clínicos para a obtenção da condição bucal foram realizados por um único examinador, devidamente treinado, utilizando luz artificial, sonda exploradora nº5, espelho bucal plano, sonda periodontal desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o CPITN e espátulas de madeira.

A consistência dos critérios de diagnóstico utilizados durante os exames clínicos foi determinada através do reexame de 6% dos indivíduos, não desdentados. Utilizou-se um percentual menor que o recomendado pela OMS⁵⁶ (1991) (10%), porque o estudo foi realizado com pessoas que estavam esperando atendimento médico e só aqueles que retornavam para outra consulta no prazo de uma semana a 10 dias é que foram reexaminados. O exame clínico mostrou-se simples, pela baixa quantidade de dentes presentes e pela concordância intra-examinador de 92%.

A anotação do exame clínico foi feita por uma auxiliar, em fichas clínicas desenvolvidas para este estudo (anexo 4).

4.4 Apuração dos Dados e Análise Estatística

A apuração dos resultados do questionário e do exame clínico foi realizada através do “software” estatístico Epi-info, versão 6.04.

Numa primeira etapa, realizou-se a distribuição de frequência de todas as variáveis de estudo para a confecção de tabelas. As pessoas foram divididas em dois grupos (dentados e desdentados), para facilitar a análise dos dados, pois algumas perguntas do questionário e índices clínicos foram aplicadas somente em pessoas dentadas.

Os testes estatísticos realizados tiveram como objetivo determinar a associação entre variáveis sócio-demográficas, clínicas e subjetivas com a autopercepção da condição bucal. Para determinar a existência de diferenças significantes entre os grupos da variável dependente, foram utilizados os testes não-paramétricos Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, quando a variável independente era contínua, e o qui-quadrado, de Pearson, no caso de variáveis discretas. Foram realizadas análises separadas para dentados e desdentados.

A análise de regressão multivariada (anexo 5) foi realizada através do “software” estatístico NCSS, versão 6.0, e foi conduzida para identificar os preditores da auto-avaliação da condição bucal. Nas pessoas dentadas a análise foi realizada em 3 etapas com as variáveis independentes entrando em bloco na seguinte ordem: 1º as variáveis sócio-demográficas, 2º as variáveis subjetivas, e 3º as variáveis clínicas. A análise dos desdentados foi realizada em 2 etapas, onde na primeira entraram as variáveis sócio-demográficas e na segunda a variável subjetiva e as condições protéticas.

Além dos testes, realizou-se análise de confiança do índice GOHAI através do teste Cronbach’s alpha. Este teste avalia o grau de consistência interna e homogeneidade entre as perguntas e foi calculado a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Cronbach's alpha } (\alpha) : K/K-1[1-\Sigma\sigma_i^2/\sigma_t^2],$$

onde K = número perguntas do questionário,

σ_i^2 = variância de cada uma das questões,

σ_t^2 = variância do escore total.

5 RESULTADOS

Os resultados referem-se às 337 pessoas com 60 anos e mais de idade examinadas no Centro Regional de Reabilitação de Araraquara. Destas, 136 eram totalmente desdentadas e 201 foram consideradas dentadas, pois possuíam pelo menos 1 dente presente e não indicado para extração.

A idade média dos examinados foi de 68,4 anos ($dp = 7,1$ anos), sendo que os dentados tinham em média 66,7 anos e os desdentados 71,0 anos. A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi 60 anos e a máxima encontrada entre as pessoas foi de 92 anos.

As características sócio-demográficas das pessoas examinadas são mostradas na tabela 1, onde pode ser observada maior participação de pessoas com até 70 anos de idade, do sexo feminino, com apenas o 1º grau e pertencentes ao proletariado típico, de acordo com a classificação de classe social adotada neste estudo.

Tabela 1. Distribuição de frequência das características sócio-demográficas de idosos dentados e desdentados que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Características sócio-demográficas		Dentados		Desdentados	
		n°	%	n°	%
Idade	60 |--- 70	155	77,1	63	46,3
	70 |--- 80	31	15,4	54	39,7
	80 e +	15	7,5	19	14,0
Sexo	Feminino	127	63,2	107	78,7
	Masculino	74	36,8	29	21,3
Escolaridade	Analfabeto	24	11,9	19	14,0
	1° grau	150	74,7	113	83,0
	2° grau	27	13,4	2	1,5
	Universitário	---	---	2	1,5
Classe social	Burguesia	2	1,0	---	---
	Nova pequena burguesia	14	7,0	7	5,2
	Pequena burguesia tradicional	15	7,4	15	11,0
	Proletariado típico	88	43,8	49	36,0
	Proletariado não-típico	52	25,9	34	25,0
	Subproletariado	28	13,9	26	19,1
	Sem classificação	2	1,0	5	3,7

As condições clínicas das pessoas examinadas são mostradas nas tabelas 2, 3, 4 e 5. A condição periodontal foi medida pelo índice CPITN e a tabela 2 apresenta o número médio de sextantes afetados pela doença em cada pessoa.

Tabela 2. Distribuição média de sextantes afetados por indivíduo, de acordo com os escores do índice CPITN, em 201 idosos que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Escores do CPITN	Valores médios
0 - sadio	0,25
1 –sangramento gengival	0,33
2 – cálculo dentário	0,60
3 - bolsa periodontal rasa (3,5-5,5 mm)	0,83
4 - bolsa periodontal profunda (6,0 mm ou mais)	0,46
X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes)	3,53

Observa-se que, dos 6 sextantes em que é dividida a boca, para o cálculo do índice, cada pessoa possuía, em média, 3,53 sextantes excluídos por falta de dentes para exame. Também possuía 1,29 sextantes com bolsas periodontais rasas ou profundas, em média.

Na tabela 3 foi considerada apenas a pior condição periodontal de cada pessoa e os valores percentuais mostram a grande freqüência de bolsas periodontais profundas (34,7%), rasas (28,1%) e cálculo dentário (26,0%).

Tabela 3. Distribuição percentual de sextantes, de acordo com o maior escore do índice CPITN observado por indivíduo, em 201 idosos que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Maior escore do CPITN	Porcentagem
0 – sadio	3,0
1 – sangramento gengival	8,2
2 – cálculo dentário	26,0
3 - bolsa periodontal rasa (3,5-5,5 mm)	28,1
4 - bolsa periodontal profunda (6,0 mm ou mais)	34,7
Total	100,0

Para o cálculo do índice CPO-D, mostrado na tabela 4, foram incluídos os terceiros molares e, por isso, o índice apresenta valor máximo de 32.

Tabela 4. Distribuição média e percentual do índice CPO-D e componentes em 201 pessoas, com 60 anos e mais de idade, que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Componentes do índice	média	desvio-padrão	porcentagem
Cariados	1,10	1,88	4,13
Restaurados	4,43	5,05	16,62
Extraídos	20,58	6,81	77,19
Extração indicada	0,55	1,39	2,06
CPO-D	26,66	3,73	100,00

O valor médio encontrado para o CPO-D foi alto (26,66), com a grande maioria (77,19%) dos dentes já extraídos. Em média, cada pessoa possuía 11,42 dentes presentes.

Outra condição clínica vista no exame foi a presença ou ausência de cárie radicular entre as pessoas. Das 201 pessoas dentadas examinadas, 125 (62,2%) apresentavam, pelo menos, um dente com cárie radicular e 76 (37,8%) não apresentavam esta condição.

A tabela 5 mostra o uso e a necessidade de aparelhos protéticos removíveis, parciais ou totais, em dentados e desdentados.

Tabela 5. Distribuição de frequência das condições protéticas de idosos, dentados e desdentados, que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Condição protética	Dentados		Desdentados	
	n°.	%	n°.	%
Não usa e não necessita	9	4,5	...	...
Usa e não necessita	44	21,9	48	35,3
Usa e necessita	58	28,8	85	62,5
Não usa e necessita	90	44,8	3	2,2
Total	201	100,0	136	100,0

... – não se aplica

Observa-se na tabela que, entre os dentados, a situação mais freqüente foi a de pessoas que ainda não usavam nenhum aparelho protético, porém necessitavam. Entre os desdentados, observa-se maior número de pessoas que já usavam uma prótese, mas necessitavam trocá-la por estar clinicamente inadequada.

A tabela 6 mostra três variáveis subjetivas estudadas da amostra examinada. As pessoas desdentadas fizeram apenas uma auto-avaliação de sua condição bucal, enquanto os dentados responderam também se tinham ou não problemas com seus dentes ou com a gengiva.

Tabela 6. Distribuição de freqüência das características subjetivas de idosos, dentados e desdentados, que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Auto-avaliação		Dentados		Desdentados	
		n°.	%	n°.	%
Problemas com os dentes	Não	121	60,8	...	...
	Sim	78	39,2	...	...
Problemas com a gengiva	Não	161	81,3	...	...
	Sim	37	18,7	...	...
Auto-avaliação	Excelente	4	2,3	7	6,2
	Boa	63	36,8	63	55,8
	Regular	73	42,7	30	26,5
	Ruim	18	10,5	12	10,6
	Péssima	13	7,6	1	0,9

... - não se aplica

Os dados subjetivos mostram uma situação diferente da encontrada através das variáveis clínicas, com as pessoas percebendo poucos problemas em seus dentes ou gengiva. A condição bucal foi avaliada como regular por 42,7% dos dentados, enquanto os desdentados fizeram melhor avaliação, pois 55,8% consideraram boa sua condição bucal. Esta melhor avaliação também pode ser observada pelos valores médios do índice GOHAI, com os desdentados tendo um valor médio de 34,03 e os dentados 33,83. Este índice tem um valor mínimo de 12 e máximo de 36, e quanto maior seu valor melhor é a condição bucal do indivíduo.

Nas tabelas 7 e 8 as pessoas dentadas foram divididas em categorias, segundo a auto-avaliação da sua condição bucal. Foram feitos três grupos: no primeiro, ficaram todas as pessoas que avaliaram sua saúde bucal como excelente ou boa; no segundo grupo, foram reunidas as pessoas com auto-avaliação "regular"; e, no terceiro grupo, uma auto-avaliação "ruim" ou "péssima". Para testar a existência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, quando a variável era contínua (tabela 7), e o qui-quadrado, de

Pearson, nas variáveis discretas (tabela 8). É necessário observar que a tabela 8 mostra, para cada variável independente testada, apenas os valores percentuais da categoria mais significativa de acordo com a auto-avaliação da pessoa. As tabelas com todas as categorias das variáveis independentes são mostradas no anexo 6.

Tabela 7. Distribuição de frequência, em valores médios, da auto-avaliação da condição bucal, segundo variáveis clínicas, sócio-demográfica e subjetiva, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Variáveis	Excelente - Boa	Regular	Ruim - Péssima	<i>p</i>
Idade	66,0	66,5	66,3	0,46
CPO-D	26,5	26,3	27,3	0,53
Cariados	1,2	0,6	0,9	0,00*
Restaurados	3,9	5,7	5,6	0,38
Extraídos	21,3	19,3	19,7	0,15
Extração indicada	0,2	0,6	1,0	0,04*
GOHAI	34,7	33,4	32,8	0,00*

*estatisticamente significativa (Teste de Kruskal-Wallis)

Tabela 8. Distribuição percentual da auto-avaliação da condição bucal, segundo variáveis sócio-demográficas, clínicas e subjetivas, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Variáveis	Excelente - Boa	Regular	Ruim – Péssima	<i>p</i>
Sexo (% feminino)	66,0	54,8	74,2	0,52
Escolaridade (% 1° grau)	77,3	72,6	71,0	0,09
Classe social (% proletariado típico)	44,3	42,5	45,2	0,03*
Cárie radicular (% da presença)	63,9	61,6	58,1	0,73
CPITN (% bolsa periodontal profunda)	27,8	5,5	45,2	0,26
Prótese (% não usa e necessita)	48,5	42,5	38,7	0,83
Problemas com os dentes (% não)	65,6	54,8	60,0	0,23

Problemas com a gengiva (% não)	84,4	80,3	74,2	0,39
---------------------------------	------	------	------	------

*estatisticamente significativa (Teste do X^2)

Apenas uma variável sócio-demográfica, duas clínicas e uma subjetiva apresentaram diferença entre as categorias das pessoas dentadas. Foram estatisticamente significantes, os dentes cariados ($p=0,00$), os valores do índice GOHAI ($p=0,00$), a classe social ($p=0,03$) e os dentes com extração indicada ($p=0,04$).

Os indivíduos pertencentes ao proletariado típico correspondiam a 42,5% de todas as pessoas que avaliaram sua condição bucal como regular e a 45,2% das pessoas que avaliaram como ruim ou péssima. A categoria “dentes cariados” mostrou uma situação aparentemente contraditória, pois as pessoas com auto-avaliação de melhor condição (excelente ou boa) apresentavam mais dentes cariados, em média, do que aquelas com auto-avaliação “regular”, “ruim” ou “péssima”. As pessoas que avaliaram sua condição bucal como ruim ou péssima tinham, em média, 1 dente com extração indicada, e, à medida que a auto-avaliação melhorava, diminuía a quantidade de dentes que precisavam ser extraídos. O índice GOHAI teve média alta (34,7) entre as pessoas com avaliação “excelente” ou “boa” e diminuía à medida que a auto-avaliação também caía. As outras variáveis apresentaram variações entre os grupos que não foram considerados como estatisticamente significantes.

As tabelas 9 e 10 mostram as mesmas categorias das duas tabelas anteriores e os mesmos testes estatísticos, porém, em relação aos desdentados. Na tabela 10 ocorre a mesma situação da tabela 8, pois são mostrados apenas os resultados da categoria mais significativa de cada variável independente testada. As tabelas com todas as categorias das variáveis são mostradas no anexo 7.

Tabela 9. Distribuição média da auto-avaliação da condição bucal, segundo uma variável sócio-demográfica e uma subjetiva, de pessoas desdentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Variáveis	Excelente- boa	Regular	Ruim - péssima	<i>p</i>
Idade	70,4	71,8	68,6	0,47

GOHAI	34,7	33,6	30,8	0,00*
-------	------	------	------	-------

*estatisticamente significativa (Teste de Kruskal-Wallis)

Tabela 10. Distribuição percentual da auto-avaliação da condição bucal, segundo variáveis sócio-demográficas e protética, de pessoas desdentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Variáveis	Excelente- boa	Regular	Ruim - péssima	<i>p</i>
Sexo (% feminino)	79,6	83,3	69,2	0,88
Escolaridade (% 1° grau)	82,8	83,3	84,6	0,79
Classe social (% proletariado típico)	34,4	40,0	38,5	0,58
Prótese (% usa e necessita)	63,4	66,7	46,2	0,91

(Teste do X^2)

Entre os desdentados, apenas o índice GOHAI apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,00$) com a auto-avaliação. Os valores médios do índice caíram à medida que a auto-avaliação também diminuiu.

Entre as pessoas dentadas, além do índice GOHAI, também foram pesquisadas outras duas variáveis subjetivas: os problemas com os dentes, cujos resultados são mostrados na tabela 11, e os problemas com a gengiva. A diferença entre as pessoas que achavam que tinham ou não algum problema, de acordo com as variáveis clínicas, foi determinada pelo teste Mann-Whitney.

Tabela 11. Distribuição de freqüência da auto-avaliação dos problemas com os dentes, em valores médios, de acordo com o índice CPO-D e componentes em idosos dentados que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Condições clínicas	Problemas com os dentes		
	Sim	Não	<i>p</i>
CPOD	26,58	26,74	0,83
Cariados	1,18	0,99	0,01*
Restaurados	5,27	4,00	0,25

Extraídos	19,15	21,42	0,12
Extração indicada	0,97	0,29	0,00*

* estatisticamente significativa (Teste de Mann-Whitney)

Apenas os dentes cariados ($p=0,01$) e com extração indicada ($p=0,00$) apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação às pessoas que disseram ter ou não problemas com seus dentes. As pessoas que responderam que tinham problemas apresentaram mais dentes cariados e 3 vezes mais dentes com extração indicada do que aquelas que disseram não ter problemas. No caso da condição periodontal não houve diferença entre a percepção da pessoa sobre seus problemas com a gengiva e o índice CPITN.

A análise de regressão mostrada na tabela 12 foi realizada para determinar os preditores da auto-avaliação. As variáveis independentes foram analisadas em blocos, começando pelas variáveis sócio-demográficas, seguindo pelas subjetivas e terminando com as clínicas. Desta maneira, foi possível controlar os efeitos das diferentes variáveis independentes na predição da variável dependente.

Tabela 12. Valores da análise de regressão em idosos dentados que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997. Variável dependente: auto-avaliação.

Variáveis independentes	Etapas					
	1 ^a .		2 ^a .		3 ^a .	
	β	<i>p</i>	β	<i>p</i>	β	<i>p</i>
Idade	-0,007	0,55	-0,006	0,58	-0,012	0,28
Sexo	-0,048	0,74	-0,120	0,41	-0,255	0,11
Escolaridade	0,036	0,59	-0,000	0,99	0,012	0,83
Classe social	-0,156	0,02*	-0,133	0,04*	-0,116	0,06
Problemas com os dentes			0,092	0,52	-0,194	0,19
Problemas com a gengiva			-0,384	0,07	-0,375	0,07
GOHAI			0,149	0,00*	0,150	0,00*
Cariados					-0,005	0,95
Restaurados					0,105	0,18
Extraídos					0,054	0,49
Extração indicada					0,281	0,00*
CPO-D					-0,027	0,73
Cárie radicular					-0,257	0,10
Prótese					0,109	0,20
CPITN					0,134	0,04*
R ²	0,035		0,138		0,306	

*estatisticamente significante

Os resultados da primeira etapa mostram que as variáveis sócio-demográficas apresentaram uma variância residual ou R² de 0,035, ou seja, estas variáveis explicavam apenas 3,5% da variação da auto-avaliação. Apenas a classe social foi significante nesta etapa (*p*=0,02). Quando os indicadores subjetivos foram

adicionados às variáveis sócio-demográficas como preditores (2^a. etapa), o R^2 passa a 0,138, sendo que foram significantes a classe social ($p=0,04$) e o GOHAI ($p=0,00$).

A 3^a. etapa adicionou as variáveis clínicas e o R^2 aumentou mais de 2 vezes, atingindo o valor de 0,306, indicando que quase um terço da variação da auto-avaliação podia ser explicada pelas variáveis presentes neste terceiro bloco e quase 20% apenas pelas variáveis clínicas (etapa 3 $R^2=0,306$ menos etapa 2 $R^2=0,138$).

Quando as variáveis clínicas foram colocadas na análise de regressão, a classe social que se havia mostrado significativa na 1^a. e na 2^a. etapa, deixou de ser. Com isso, os maiores preditores da auto-avaliação entre as pessoas dentadas foram o índice GOHAI ($p=0,00$), os dentes com extração indicada ($p=0,00$) e o índice CPITN ($p=0,04$).

O sinal do coeficiente de regressão indica que a auto-avaliação foi melhor entre as pessoas que pertenciam às classes sociais de menor qualificação profissional, educacional e renda, que apresentaram menor quantidade de dentes com extração indicada, melhores condições periodontais e melhor condição bucal medida pelo índice GOHAI.

Para as pessoas desdentadas a análise de regressão foi realizada em duas etapas, como mostrado na tabela 13. Na 1^a. etapa, entraram as variáveis sócio-demográficas, que foram somadas à protética e subjetiva na 2^a. etapa.

Tabela 13. Valores da análise de regressão em idosos desdentados que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997. Variável dependente: auto-avaliação.

Variáveis independentes	Etapas			
	1 ^a .		2 ^a .	
	β	<i>p</i>	β	<i>p</i>
Idade	-0,005	0,63	0,000	0,59
Sexo	0,205	0,26	0,275	0,10
Escolaridade	0,222	0,01*	0,123	0,14
Classe social	0,086	0,16	0,005	0,40
Prótese			0,002	0,88
GOHAI			0,121	0,00*
R ²	0,076		0,222	

*estatisticamente significante

As variáveis sócio-demográficas explicaram somente 7,6% da variação da auto-avaliação dos desdentados, com a escolaridade sendo considerada significativa ($p=0,01$). A adição das condições protéticas e o GOHAI aumentaram a variabilidade da auto-avaliação em 3 vezes, chegando a 22,2%, mas apenas o GOHAI foi considerado significativo ($p=0,00$), pois a escolaridade deixou de ser.

A variável escolaridade teve efeito independente significativo apenas na 1^a. etapa, com uma variação positiva em relação à auto-avaliação, ou seja, as pessoas com mais escolaridade avaliaram sua condição bucal como melhor. Na 2^a. etapa, só o GOHAI se mostrou significativo, também com uma variação positiva, ou seja, as pessoas com melhores condições segundo o índice GOHAI avaliaram como melhor sua condição bucal.

6 DISCUSSÃO

Os exames foram realizados em pessoas funcionalmente independentes, com 60 anos e mais de idade, que freqüentavam um centro de saúde da cidade de Araraquara, e os resultados são representativos destas pessoas, não podendo ser generalizados para toda a população idosa do município.

Na amostra examinada, a presença de mulheres foi significativa (69,4%) e bem superior à participação masculina. De acordo com a Fundação SEADE²⁰ (1999), em 1997, o município de Araraquara possuía entre as pessoas com 60 anos e mais de idade, 81,1 homens para cada 100 mulheres. Porém, a grande discrepância na participação de homens e mulheres encontrada na pesquisa deve estar relacionada a um fato já registrado por alguns autores (GIDDON e col.²¹ 1976; REISINE e BAILIT⁶² 1980), que é a maior procura pelas mulheres de atendimento médico, como também sua maior freqüência aos serviços de saúde.

Outros dados da amostra examinada, como escolaridade e classe social, ajudam a caracterizar esta população. Com relação à escolaridade, a maioria possuía apenas o 1º grau (77,7%), completo ou não, vindo a seguir os analfabetos e pessoas que possuíam o 2º grau. A participação de pessoas com nível universitário foi inexpressiva. Quanto à classe social dos examinados, predominaram as pessoas classificadas como pertencentes ao proletariado, típico e não-típico, e ao subproletariado. As pessoas pertencentes a burguesia, a nova pequena burguesia e a pequena burguesia tradicional tiveram pouca participação (15,7%).

Considerou-se importante classificar estas pessoas segundo sua classe social, pois as doenças que afetam os indivíduos não podem ser explicadas somente pelos fatores biológicos que as caracterizam, uma vez que a qualidade de vida, decorrente dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, é determinante essencial.

Segundo BASTOS e col.⁹ (1996), “classificar a saúde em boa, má ou razoável é também definir a qualidade de vida, pois ela surge das condições de classe

social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde, enfim, tudo o que diz respeito à vida” (p.38).

Os poucos estudos na área de saúde bucal (VASCONCELLOS e AMARAL⁸² 1992; MACIEL⁴⁵ 1994; BASTOS e col.⁹ 1996) que fazem menção ao conceito de classe social o fazem no sentido de entender o processo saúde-doença na perspectiva de sua determinação social. Porém, as dificuldades são grandes, pois a operacionalização do conceito de classe social é complexa e própria de cada população estudada.

Como descrito na metodologia, a condição de classe social dos entrevistados foi definida tendo como referência o esquema proposto por BRONFMAN e TUIRÁN¹³ (1984), adaptado por LOMBARDI e col.⁴³ (1988). Para isso foram coletadas informações sobre a ocupação, profissão, escolaridade e renda do entrevistado e do responsável pelo sustento da família.

Como grande parte dos entrevistados eram donas de casa ou viviam com alguém que os sustentassem, as informações sobre estas pessoas foram importantes na determinação das classes sociais. Neste caso, a renda foi a variável sócio-econômica mais prejudicada, pois as pessoas geralmente desconhecem a renda de um ou mais membros da família. Esta variável, apesar de muito utilizada, não é um bom indicador, pois as pessoas, além do problema já citado, podem fornecer dados imprecisos ou não querer fornecê-los.

No caso dos aposentados que ainda eram responsáveis pelo próprio sustento, sua inserção de classe foi definida pela atividade produtiva exercida no passado, pois eram pessoas afastadas dos meios de produção no momento da investigação, dificultando sua classificação.

A caracterização da amostra estudada revelou uma população com poucos recursos, não só financeiros, mas também de educação e saúde, o que provavelmente tem reflexos na qualidade de vida. Geralmente são pessoas que estudaram até a 4^o série do Ensino Fundamental, de acordo com a denominação atual, apresentavam baixa renda e pouca qualificação profissional. Elas formaram um

grupo bastante homogêneo e foram poucos os que apresentaram níveis mais altos de escolaridade e renda.

BASTOS e col.⁹ (1996) afirmaram que na área da saúde “os indivíduos das classes sociais mais baixas” (p.39) são os que apresentam maiores dificuldades em sanarem definitivamente certas doenças, ou por não poderem romper com as condições sociais e ambientais que as geraram, ou porque sua situação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas capazes de eliminá-las.

As condições clínicas das pessoas examinadas não foram satisfatórias, de acordo com os vários indicadores utilizados, porém não são muito diferentes das encontradas em outros estudos realizados no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵¹ 1988; ROSA e col.⁶⁴ 1992; ROSA e col.⁶⁵ 1993; WATANABE⁸⁵ 1994; PEREIRA e col.⁵⁸ 1996) e em outros países (LOCKER e col.³⁸ 1989; BERGMAN e col.¹⁰ 1991; STEELE e col.⁷⁶ 1996).

O percentual de pessoas edêntulas (40,4%) e a média de dentes presentes por pessoa (11,43) revelaram não só a condição de muitas perdas dentárias, como também o tipo de atendimento odontológico prestado a estas pessoas.

A cárie dentária foi medida pelo índice CPO-D e mostrou grande prevalência desta doença, o que não constitui surpresa, pois, desde as menores idades, esta é a principal doença bucal no Brasil. O índice foi de 26,66, sendo que 79,3% destes dentes foram considerados perdidos, evidenciando uma situação onde o tratamento restaurador falhou ou não chegou a existir.

Sobre a condição periodontal, observou-se, através do CPITN, mais uma vez o problema da perda dentária, pois cada pessoa dentada possuía em média 3,53 sextantes excluídos, ou seja, com menos de 2 dentes presentes para exame. Foram encontrados em média 0,25 sextantes sadios e os restantes 2,22 sextantes examinados apresentavam em ordem decrescente: bolsa periodontal rasa, cálculo dentário, bolsa periodontal profunda e sangramento gengival.

Quando o índice foi observado apenas pelo maior escore encontrado em cada pessoa, as bolsas periodontais profundas e rasas foram as condições mais

freqüentes, mostrando a gravidade da doença periodontal e a necessidade de tratamento periodontal complexo.

A análise do uso e da necessidade protética indicou que a reabilitação mastigatória e estética destas pessoas não era adequada. Entre as pessoas dentadas, pouco mais de um quarto delas (26,4%) estão com sua situação protética resolvida, seja porque já usavam uma prótese adequada (21,9%) ou porque ainda possuíam praticamente todos os dentes e não necessitavam do uso de uma prótese removível (4,5%). Do restante, 44,8% não usavam mas necessitavam e 28,8% usavam e necessitavam de nova prótese em outra arcada ou de substituição da que estava em uso.

Com relação aos desdentados, apenas 35,3% das pessoas não necessitavam de tratamento protético, pois já usavam uma prótese considerada como clinicamente adequada. Em compensação, 62,5% usavam mas necessitavam de nova prótese total e 2,2% estavam numa situação ainda pior, pois eram desdentados e não utilizavam nenhum aparelho protético.

A grande quantidade de próteses em uso necessitando substituição, tanto em dentados como em desdentados, decorre do fato de que estes aparelhos são usados durante vários anos e provavelmente sem um acompanhamento profissional, prejudicando a mastigação dos alimentos e o consumo de uma dieta nutricional adequada, entre vários outros fatores.

Os dados clínicos sugeriram que a qualidade de vida de grande parte destes idosos estava comprometida, de alguma maneira, pelas condições bucais e suas seqüelas, mesmo considerando que qualidade de vida, segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE⁸⁶ (1996), deva ser avaliada a partir de vários critérios e levando em consideração não só a saúde física, mas também o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, os fatores do meio ambiente e as crenças pessoais.

Os resultados obtidos no exame clínico indicam a necessidade de maior atenção dos serviços públicos de saúde a estas pessoas. A população estudada freqüentava um serviço municipal para atendimento gerontológico, onde recebia atendimento multidisciplinar em diversas áreas, exceto a odontológica. Seria

necessário a implantação não só de atendimento curativo e reabilitador, que tem alto custo, mas principalmente o desenvolvimento de ações preventivas e educativas, pois, como afirmam VASCONCELLOS e AMARAL⁸² (1992), as principais doenças da boca devem ser consideradas como doenças do comportamento e, conseqüentemente, do estilo de vida da pessoa.

A promoção de saúde e conseqüente mudança de comportamento é facilitada pela educação, e, segundo MARIÑO⁴⁸ (1994), todos os profissionais de saúde devem ser motivados pelo cirurgião-dentista para educar e assessorar seus pacientes, mostrando-lhes os cuidados que devem ter com a boca e de realizarem periodicamente um auto-exame de tecidos moles. É preciso conscientizar as pessoas que a falta de dentes, o sangramento gengival, as próteses mal ajustadas e outros tipos de lesões não são normais ou inevitáveis, mas problemas que podem ser tratados e prevenidos. Muitas vezes são crenças e mitos presentes nestas pessoas, que podem mudar através da conscientização e da educação.

A severidade do quadro epidemiológico detectado indica que algo precisa ser feito, e desenvolver ações a este grupo não significa deixar de dar atenção prioritária a outros grupos, mas distribuir de maneira mais equilibrada os recursos, de acordo com a atual situação demográfica e epidemiológica.

Outro dado pesquisado no estudo foi a percepção que a pessoa tinha de sua condição bucal. Trata-se de um importante indicador de saúde, pois sintetiza desde a condição de saúde objetiva até respostas subjetivas e valores e expectativas culturais. A autopercepção foi medida através das respostas às perguntas “Como você avalia a condição de sua boca?” e “Você tem algum problema com seus dentes ou gengiva?”. Foi utilizado também o índice GOHAI, mas, neste caso, considerando-o como variável independente, pois o interesse era saber se este índice, composto por 12 questões e abordando diferentes aspectos, tinha associação com a auto-avaliação feita a partir de uma única pergunta.

O índice GOHAI foi desenvolvido e testado nos Estados Unidos (ATCHISON e DOLAN³ 1990) em população com características sociais, econômicas e culturais bem diferentes das pessoas que freqüentavam o centro de saúde em Araraquara, além de ser aplicado somente em pessoas dentadas. Por isso,

após a realização dos pré-testes, que serviram para adaptar o índice à população de estudo, foi realizada análise para estimar a confiança ou fidedignidade do questionário através de um teste de consistência interna, o Cronbach's alpha. Este teste é baseado na correlação de todas as perguntas do questionário e avalia o grau de consistência e homogeneidade entre as perguntas. No trabalho de desenvolvimento do índice, o Cronbach's alpha foi de 0,79 e no presente estudo foi de 0,65 entre os dentados e de 0,76 quando aplicado só em pessoas desdentadas, enquanto valores acima de 0,60 significam adequada fidedignidade do questionário (BAGOZZI⁶ 1994). O índice tem um escore que varia de 12 a 36 e quanto maior o valor melhor a condição bucal, sendo encontrado entre os dentados um valor médio de 33,8 e entre os desdentados de 34,0.

A auto-avaliação da condição bucal aparentemente contrasta com o exame clínico, pois a pessoa teve visão positiva, enquanto os dados clínicos não foram considerados satisfatórios. No entanto, ela apenas revelou que o paciente deve avaliar sua condição bucal com critérios diferentes do profissional, levando em consideração principalmente fatores dolorosos ou incômodos e estéticos.

Assim, mesmo com um CPO-D alto, 60,4% das pessoas dentadas declararam não ter nenhum problema com seus dentes, provavelmente porque a quantidade de dentes que necessitavam de tratamento era pequena (4,17% estavam cariados e 2,0% tinham extração indicada). O teste estatístico mostrou que só estes dois componentes do índice tinham diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pessoas que responderam ter ou não problemas dentários. Autores como GIDDON e col.²¹ (1976), LEÃO e SHEIHAM³⁶ (1995) e MATTHIAS e col.⁵⁰ (1995) já haviam observado em seus estudos que o índice CPO-D não apresenta uma associação forte com a auto-avaliação, como os dentes com extração indicada apresentam, por exemplo, pois se considera o mesmo peso para os dentes cariados, restaurados e perdidos quando são variáveis com significados diferentes para a pessoa. Portanto, neste tipo de estudo, tem mais significado realizar análise dos componentes do índice.

As doenças que ocorrem na gengiva foram percebidas por apenas 18,8% das pessoas, mesmo com a grande quantidade de bolsas periodontais

encontradas. O teste estatístico utilizado para verificar a diferença entre os grupos não mostrou resultados significantes, indicando a dificuldade das pessoas em perceber os problemas periodontais. GILBERT e col.²² (1994) também encontraram grandes discrepâncias entre os índices clínicos e a percepção da condição bucal em idosos americanos, sendo a diferença geralmente maior na avaliação de doenças periodontais do que nas doenças dentárias. De acordo com estes autores, os sintomas dolorosos interferem nas atividades diárias, sendo mais facilmente reconhecidos e significativamente associados com a percepção das necessidades.

A auto-avaliação da condição bucal mostrou que, entre os dentados, a maioria a classificou como regular (42,7%) ou boa (35,8%). Os desdentados avaliaram sua condição bucal como boa (55,8%) ou regular (26,5%). Acredita-se que esta diferença de avaliação ocorreu porque entre os dentados vários dentes estavam perdidos, inclusive causando problemas estéticos significativos ou com outros problemas que provavelmente acabaram interferindo na auto-avaliação. Já entre os desdentados o problema estético estava resolvido naqueles que usavam prótese, e o aparelho podia até não estar em boas condições de uso, como já visto anteriormente, mas com o uso contínuo durante anos, com a dificuldade financeira e fisiológica de se fazer outra prótese e com vários problemas de saúde que geralmente aparecem nessa idade, pode haver uma tendência da pessoa em minimizar os problemas protéticos se sua aparência é satisfatória e a prótese não está quebrada.

Outros estudos (ATCHISON e col.⁴ 1993; MATTHIAS e col.⁵⁰ 1995; JOKOVIC e LOCKER²⁶ 1997) sobre autopercepção já haviam mostrado que a maioria das pessoas vêem sua condição bucal de maneira favorável mesmo com condições clínicas não satisfatórias, provavelmente porque as medidas clínicas de saúde, utilizadas pelo profissional, são preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas.

Os resultados deste estudo e de outros (ROSENBERG e col.⁶⁶ 1988; TERVONEN e KNUUTTILA⁸⁰ 1988; ATCHISON e DOLAN³ 1990; STEELE e col.⁷⁸ 1997) mostraram que existe relação entre a percepção da condição bucal e algumas variáveis clínicas, mas que se trata de uma associação relativamente fraca. De acordo com JOKOVIC e LOCKER²⁶ (1997) uma das razões para a fraca

associação entre as variáveis clínicas e a auto-avaliação deve-se ao fato que muitas das doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente desconhecidas do indivíduo. Neste estudo, o teste de diferença entre os grupos mostrou associação somente com variáveis clínicas de sintomatologia dolorosa, como os dentes cariados e com extração indicada.

Para LOCKER e MILLER³⁹ (1994) saúde é um estado percebido subjetivamente e a validade da autopercepção não deve estar baseada na sua associação ou ausência de associação com os indicadores clínicos. MATTHIAS e col.⁵⁰ (1995) afirmaram que a percepção é uma medida muito mais de “saúde” do que de “morbidade”, que é a base das avaliações clínicas, e, portanto, é necessário reconhecer que medidas de saúde e medidas de doenças são qualitativamente diferentes e têm implicações diferentes.

Entre as variáveis sócio-demográficas estudadas, apenas a classe social, das pessoas dentadas, mostrou diferença entre os grupos. Na análise multivariada esta variável foi significativa na 1º e na 2º etapa, com o sinal do coeficiente de regressão negativo, ou seja, considerando uma escala onde a burguesia estaria no nível mais elevado e o subproletariado no nível mais baixo, ocorreu uma situação onde as pessoas pertencentes às classes sociais do final da escala fizeram melhor avaliação de sua condição bucal.

REISINE e BAILIT⁶² (1980) encontraram variação positiva desta variável com relação à auto-avaliação, em estudo realizado nos EUA, enquanto LEÃO e SHEIHAM³⁶ (1995) encontraram em população brasileira correlação negativa, como neste estudo.

Sabe-se que o meio social é importante, pois as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual os indivíduos pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde. Neste estudo, as pessoas examinadas pertenciam, na sua maioria ao proletariado típico, ao proletariado não-típico e ao subproletariado e provavelmente apresentavam necessidades básicas não satisfeitas em várias áreas, o que as faziam não incluir a saúde bucal como uma de suas prioridades. Neste aspecto, vários fatores contribuem, como o caráter não-letal das duas principais doenças bucais, o que provoca um certo “conformismo” ao aceitar a

doença bucal como inevitável, e o fato que estas pessoas são de uma época onde, além da alta prevalência de cárie, os tratamentos eram baseados na extração e colocação de próteses totais, independente da classe social da pessoa.

Os valores, as crenças e as práticas de saúde bucal são elementos culturais determinantes do comportamento das pessoas em relação à saúde bucal, e por isso, SELIKOWITZ⁶⁷ (1994) afirmou que os profissionais de saúde precisam procurar entender como a cultura influencia as idéias básicas dos pacientes quanto à saúde bucal, para que possam tratá-los de maneira eficiente. KIYAK³² (1993) observou que, enquanto os idosos são os maiores usuários de serviços médicos, eles são também os maiores não-usuários de serviços odontológicos. E enquanto os fatores sócio-econômicos desempenham um papel significativo, o autor também verificou que proporcionar serviços dentários gratuitos ou de baixo custo não aumenta necessariamente a utilização, pois a predição mais poderosa da utilização pelos idosos são a necessidade percebida e as atitudes frente aos cuidados bucais.

A análise multivariada, na qual todas as variáveis são consideradas simultaneamente, mostrou que os preditores da auto-avaliação foram o GOHAI (em dentados e desdentados), os dentes com extração indicada e o índice CPITN entre os dentados. As variáveis clínicas explicaram 20% da variabilidade da auto-avaliação, enquanto o GOHAI foi outro importante preditor, pois, quando entrou na análise de regressão, aumentou a variância residual em 10% entre os dentados e 15% entre os desdentados.

De acordo com esta análise, tiveram maior impacto na auto-avaliação, em primeiro lugar, ter poucos dentes presentes indicados para extração, em segundo, apresentar boa condição bucal medida pelo índice GOHAI, e, terceiro, ter melhores condições periodontais.

As variáveis clínicas influenciaram a auto-avaliação e explicaram 20% da variabilidade da variável dependente. Resultados similares foram vistos em outros estudos, como o de REISINE e BAILIT⁶² (1980), que encontraram o número de dentes perdidos como o mais importante preditor da percepção da condição bucal, enquanto as variáveis sociais e demográficas tiveram pouco efeito. Porém, a análise multivariada realizada por estes autores explicou somente 14% da variação da

percepção da condição bucal. LEÃO e SHEIHAM³⁶ (1995) pesquisaram a condição clínica relacionada a problemas psicológicos e sociais que afetam a qualidade de vida das pessoas, e as variáveis sócio-demográficas e clínicas explicaram 24% de sua variável subjetiva. ATCHISON e col.⁴ (1993) compararam a avaliação da condição bucal feita pelo cirurgião-dentista e pelo paciente, e concluíram que, embora as características clínicas fossem as responsáveis pela maior variação na opinião dos cirurgiões-dentistas, as variáveis subjetivas de auto-avaliação explicavam a maior parte da variação entre os pacientes.

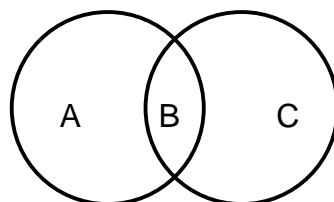
A variável subjetiva GOHAI também foi encontrada como preditor em outros estudos sobre percepção das condições bucais. MATTHIAS e col.⁴⁹ (1993), em estudo realizado com idosos americanos e com o objetivo de determinar a aparência dentária, encontraram como preditores desta variável o escore do índice GOHAI e a auto-avaliação da condição bucal. Em outro estudo destes autores (MATTHIAS e col.⁵⁰ 1995), o GOHAI também se mostrou significativo em relação à auto-avaliação, mas só depois que a variável “preocupação com os dentes” foi retirada da análise, porque, sendo uma das 12 questões que compõem o índice, acabava mascarando seu efeito. ATCHISON e col.⁴ (1993) compararam a avaliação bucal feita pelo cirurgião-dentista e por idosos dentados, e encontraram grandes diferenças nos fatores que influenciavam as avaliações com o GOHAI sendo um preditor significativo na avaliação das pessoas.

Da interpretação dos resultados deste estudo pode-se afirmar que as pessoas utilizaram critérios diferentes dos utilizados pelo cirurgião-dentista para avaliar sua condição bucal. Neste aspecto, a utilização do índice GOHAI, que pode ser definido como uma relação de problemas bucais avaliados pela pessoa, pode ser importante nestes estudos, pois ele apresentou correlação com a auto-avaliação e também por ter sido um preditor importante na análise de regressão, explicando a avaliação das pessoas.

Também pôde ser observado que a percepção de saúde bucal tem relação com o meio social em que a pessoa vive e com variáveis que indicam necessidade de tratamento.

SHEIHAM e col.⁷⁰ (1982) sugeriram que os problemas funcionais e sociais das doenças bucais, que são medidos pelas variáveis subjetivas, são indicadores de necessidade e, portanto, devem ser incluídos nestas avaliações, mesmo que haja diferença nas avaliações de necessidade feita pelo profissional e pelo paciente.

KAY³¹ (1993) representou graficamente (figura 1) o relacionamento entre as necessidades definidas clinicamente e subjetivamente, onde o segmento B, formado pela sobreposição do círculo A com o círculo C, representa os casos em que há concordância entre os 2 tipos de julgamento.



A: Necessidades definidas clinicamente

C: Necessidades definidas subjetivamente

Figura 1. Representação gráfica das necessidades clínicas e subjetivas de cuidados odontológicos

Fonte: KAY³¹ (1993) (modificado)

Como esta concordância não é grande, pode-se argumentar a utilidade das medidas subjetivas e, em especial, da autopercepção. Se o objetivo for identificar todas as pessoas que apresentam necessidade de tratamento definida clinicamente, os indicadores subjetivos não são, com certeza, um bom instrumento de avaliação. No entanto, como assinalaram LOCKER e JOKOVIC⁴⁰ (1996), em tempos de escassez de recursos pode ser muito mais importante identificar subgrupos que necessitam de maior atenção do que todas as pessoas. Conseqüentemente, saber se estas medidas são ou não úteis depende dos propósitos e objetivos de quem as está usando.

Os indicadores subjetivos não devem ser usados para diagnosticar doenças ou no lugar do exame clínico, que fornece sinais objetivos das doenças, mas

devem ser usados como mais um instrumento de avaliação, que complementa as informações clínicas e possibilita identificar pessoas ou populações que necessitam de ações curativas, preventivas ou educativas.

Nos países mais desenvolvidos, onde os idosos têm acesso a algum tipo de tratamento odontológico, os estudos sobre a autopercepção são realizados também com o objetivo de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como de avaliar os tratamentos recebidos. No Brasil, que praticamente não oferece serviços odontológicos a este grupo populacional na área pública, acredita-se que os estudos sobre a autopercepção podem ser mais importantes na área educativa, pois são questões ligadas ao autodiagnóstico e autocuidados, e, portanto, essenciais quando se tem acesso apenas a serviços emergenciais na área de saúde bucal.

7 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos e as análises realizadas neste estudo, concluiu-se que as pessoas com 60 anos e mais de idade, funcionalmente independentes, que freqüentavam um centro de saúde no município de Araraquara:

- Não possuíam condições clínicas satisfatórias, apresentando entre as pessoas dentadas grande quantidade de dentes extraídos, de dentes com doença periodontal, com cárie radicular e necessitando substituir ou começar a usar prótese total ou parcial removível. Entre os desdentados, observou-se que a maioria já usava uma prótese total, mas que não se encontrava em boas condições e necessitava ser substituída.
- A autopercepção das condições bucais foi positiva, com as pessoas dentadas declarando não apresentar problemas com seus dentes ou gengiva e avaliando sua condição bucal como regular. Os desdentados avaliaram sua condição bucal como boa.
- A percepção de ter uma condição bucal melhor esteve associada às pessoas dentadas pertencentes às classes sociais de menor qualificação profissional, educacional e renda, que apresentavam menos dentes com extração indicada e que tinham melhores condições bucais medida pelo índice GOHAI. Os desdentados com melhor auto-avaliação apresentavam maior escolaridade e melhor condição bucal medida pelo GOHAI.
- Os dentes com extração indicada, o GOHAI e o índice CPITN foram as variáveis mais importantes na explicação da auto-avaliação da condição bucal entre os dentados, enquanto o GOHAI foi o único preditor entre os desdentados. Contudo, estas variáveis explicaram menos de um terço da variabilidade da auto-avaliação.

- A percepção destas pessoas teve pouca influência das condições clínicas e por isso seria importante o desenvolvimento de ações educativas e preventivas junto a esta população, para uma maior conscientização e mudança de valores e hábitos que condicionam seus comportamentos.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J. Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). **Int Dent J** 1982; 32: 281-91.
2. Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Community Dental Health** 1997; 14: 133-8.
3. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dental Educ** 1990; 54(11): 680-7.
4. Atchison KA, Matthias RE, Dolan TA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO et al. Comparison of oral health ratings by dentist and dentate elders. **J Public Health Dent** 1993; 53(4): 223-30.
5. Axelsson G, Helgadóttir S. Comparison of oral health data from self-administered questionnaire and clinical examination. **Community Dent Oral Epidemiol** 1995; 23: 365-8.
6. Bagozzi RP. **Principles of marketing research**. Oxford: Blackwell; 1994. p.323-31.
7. Bailit HL, Braun R, Maryniuk GA, Camp P. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? **J Am Dental Assoc** 1987; 114: 40-5.
8. Barros MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. **Rev Saúde Pública** 1986; 20(4): 269-73.

9. Bastos JRM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. **Rev Paulista Odont** 1996; 18(4): 38-42.
10. Bergman JD, Wright FAC, Hammond RH. The oral health of the elderly in Melbourne. **Aust Dent J** 1991; 36(4): 280-5.
11. Birman EG, Silveira FRX, Sampaio MCC. Prevalência de lesões da mucosa bucal em pacientes geriátricos. **Rev Fac Odontol FZL** 1991; 3(1): 17-25.
12. Brady WF , Martinoff JT. Validity of health history data collected from dental patients and patient perception of health status. **J Am Dent Assoc** 1980; 101: 642-5.
13. Bronfman M, Tuirán R. La desigualdad ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. **Cuad Méd-Soc** 1984; 29/30: 53-75.
14. Brown LJ, Winn DM, White BA. Dental caries, restoration and tooth conditions in U.S. adults, 1988-1991. **J Am Dent Assoc** 1996; 127: 1315-25.
15. Chaves, MM. **Odontologia social**. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.
16. Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. **J Dental Educ** 1997; 61(1): 37-46.
17. Dolan TA, Peek CW, Stuck AE, Beck JC. Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. **Community Dent Oral Epidemiol** 1998; 26: 62-9.
18. Drake CW, Beck JD, Strauss RP. The accuracy of oral self-perceptions in a dentate older population. **Spec Care Dent** 1990; 10: 16-20.

19. Fukuda H, Shinsho F, Nakajima K, Takahashi S, Tatara K. Oral health habits and the number of teeth present in Japanese aged 50-80 years. **Community Dental Health** 1997; 14: 248-52.
20. Fundação SEADE. **São Paulo em dados**. [banco de dados on line]. Disponível em <URL:<http://www.seade.gov.br/>>[1999 mar 01].
21. Giddon DB, Mosier M, Colton T, Bulman JS. Quantitative relationships between perceived and objective need for health care-dentistry as a model. **Public Health Reports** 1976; 91(6): 508-13.
22. Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. **Int Dent J** 1994; 44(2): 145-52.
23. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. **Community Dent Oral Epidemiol** 1994; 22: 47-51.
24. Gordon SR, Fryer GE, Niessen L. Patient satisfaction with current dental condition related to self-concept and dental status. **J Prosthet Dent** 1988; 59(3): 323-6.
25. Holm-Pedersen P, Løe H. **Geriatric dentistry: a textbook of oral gerontology**. Copenhagen: Munksgaard; 1986.
26. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **J Public Health Dent** 1997; 57(1): 40-7.
27. Jokstad A, Ambjornsen E, Eide KE. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. **Acta Odontol Scand** 1996; 54(5): 303-8.

28. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev Saúde Pública** 1987; 21(3): 200-10.
29. Kalk W, Baat C, Meeuwissen JH. Is there a need for gerodontology? **Int Dent J** 1992; 42: 209-[MC1]16.
30. Katz RV. Clinical signs of root caries: measurement issues from an epidemiologic perspective. **J Dent Res**, 1990; 69(5): 1211-5.
31. Kay E. Patients' needs: more than meets the eye. **Br Dent J** 1993; 174(6): 212-4.
32. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. **Int Dent J** 1993; 43(1): 9-16.
33. Könönen M, Lipasti J, Murtomaa H. Comparison of dental information obtained from self-examination and clinical examination. **Community Dent Oral Epidemiol** 1986; 14: 258-60.
34. Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Public Health Dent** 1997; 57(4): 224-32.
35. Lahti S, Tuutti H, Honkala E. Comparison of numbers of remaining teeth from questionnaires and clinical examination. **Proc Finn Dent Soc** 1989; 85(3): 217-23.
36. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J Dent Res** 1995; 74(7): 1408-13.

37. Lester V, Ashley FP, Gibbons DE. The relationship between socio-dental indices of handicap, felt need for dental treatment and dental state in a group of frail and functionally dependent older adults. **Community Dent Oral Epidemiol** 1998; 26: 155-9.
38. Locker D, Slade GD, Leake JL. Prevalence of and factors associated with root decay in older adults in Canada. **J Dent Res** 1989; 68(5): 768-72.
39. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. **J Public Health Dent** 1994; 54(3): 167-76.
40. Locker D, Jokovic A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. **Community Dent Oral Epidemiol** 1996; 24: 398-402.
41. Locker D, Jokovic A, Payne B. Life circumstances, lifestyles and oral health among older Canadians. **Community Dental Health** 1997; 14: 214-20.
42. Locker D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. **Community Dent Oral Epidemiol** 1997; 25: 199-203.
43. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora CG, Barros FC, Beria JU et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Rev Saúde Pública** 1988; 22(4): 253-65.
44. MacEntee MI. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. **Gerodontology** 1996; 13(2):76-81.
45. Maciel SM. **Saúde bucal infantil: a participação da mãe**. São Paulo; 1994. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

46. Mann PH. **Métodos de investigação psicológica**. Trad. de OA Velho. Rio de Janeiro: Zahar; 1970. p. 167-8.
47. Marcus SE, Kaste LM, Brown LJ. Prevalence and demographic correlates of tooth loss among the elderly in the United States. **Spec Care Dent** 1994; 14(3): 123-7.
48. Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. **Bol Oficina Sanit Panam** 1994; 116(5): 419-26.
49. Matthias RE, Atchison KA, Schweitzer SO, Lubben JE, Mayer-Oakes A, De Jong F. Comparisons between dentist ratings and self-ratings of dental appearance in an elderly population. **Spec Care Dent** 1993; 13(2): 53-60.
50. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. **J Public Health Dent** 1995; 55(4): 197-204.
51. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília (DF); 1988.
52. Mojon P, Rentsch A, Budtz-Jorgensen E. Relationship between prosthodontic status, caries, and periodontal disease in a geriatric population. **Int J Prosthodont** 1995; 8(6): 564-71.
53. Neumann LM, Christensen L, Cavanaugh C. Dental esthetic satisfaction in adults. **J Am Dental Assoc** 1989; 118(5): 656-70.
54. Neves LHM. **Câncer de boca: mortalidade entre os residentes no Estado de São Paulo no período de março de 1979 a fevereiro de 1982**. São Paulo; 1994. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

55. Oppermann RV, Rösing CK. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: Kriger L, coordenador. **Aboprev: Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.255-81.
56. Organização Mundial da Saúde. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**. 3^a ed. São Paulo: Santos; 1991.
57. Palmqvist S, Söderfeldt B, Arnbjerg D. Self-assessment of dental conditions: validity of a questionnaire. **Community Dent Oral Epidemiol** 1991; 19: 249-51.
58. Pereira AC, Castellanos RA, Silva SRC, Watanabe MGC, Queluz DP, Meneghim MC. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. **Braz Dent J** 1996; 7(2): 97-102.
59. Pinto VG. **A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde no Brasil**. São Paulo; 1992. [Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
60. Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L, coordenador. **Aboprev: promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.27-42.
61. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev Saúde Pública** 1987; 21(3): 211-24.
62. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. **Soc Sci Med** 1980; 14A: 597-605.
63. Reynolds MW. Education for geriatric oral health promotion. **Spec Care Dent** 1997; 17(1): 33-6.

64. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). **Rev Saúde Pública** 1992; 26(3): 155-60.
65. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade. **Rev Gaúcha Odontol** 1993; 41(2): 97-102.
66. Rosenberg D, Kaplan S, Senie R, Badner V. Relationships among dental functional status, clinical dental measures, and generic health measures. **J Dental Educ** 1988; 52(11): 653-7.
67. Selikowitz HS. Acknowledging cultural differences in the care of refugees and immigrants. **Int Dental J** 1994; 44(1): 59-61.
68. Shay K. Identifying the needs of the elderly dental patient. The geriatric dental assessment. **Dent Clin North Am** 1994; 38(3): 499-523.
69. Shay K, Ship JA. The importance of oral health in the older patient. **J Am Geriatr Soc** 1995; 43: 1414-22.
70. Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. **Int Dental J** 1982; 32(3): 265-70.
71. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. **Australian Dent J** 1994; 39(6): 358-64.
72. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Oral Epidemiol** 1998; 26: 56-61.
73. Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. **Community Dent Oral Epidemiol** 1980; 8: 360-4.

74. Solla JJSP. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. **Cad Saúde Pública** 1996a; 12(2): 207-16.
75. Solla JJSP. Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos. **Cad Saúde Pública** 1996b; 12(3): 329-37.
76. Steele JG, Walls AWG, Ayatollahi SMT, Murray JJ. Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. **Br Dent J** 1996; 180(1): 17-23.
77. Steele JG, Walls AWG, Ayatollahi SMT, Murray JJ. Dental attitudes and behaviour among a sample of dentate older adults from three English communities. **Br Dent J** 1996; 180(4): 131-6.
78. Steele JG, Ayatollahi SMT, Walls AWG, Murray JJ. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Community Dent Oral Epidemiol** 1997; 25: 143-9.
79. Strübig W, Depping M. Coronal caries and restorations in an elderly population in Germany. **Community Dent Oral Epidemiol** 1992; 20: 235-8.
80. Tervonen T, Knuutila M. Awareness of dental disorders and discrepancy between “objective” and “subjective” dental treatment needs. **Community Dent Oral Epidemiol** 1988; 16: 345-8.
81. Tickle M, Craven R, Blinkhorn AS. An evaluation of a measure of subjective oral health status in the UK. **Community Dental Health** 1997; 14: 175-80.

82. Vasconcellos MCC, Amaral JS. A sociedade brasileira e a prevenção em saúde bucal. **Rev Odont USP** 1992; 6(3/4): 133-9.
83. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev Saúde Pública** 1987; 21(3): 225-33.
84. Watanabe I. The dental situation in Japan's aging society. **Dent Japan** 1995; 32: 161-4.
85. Watanabe MGC. **Experiência de cárie de superfície radicular em adultos atendidos na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP. 1993-1994.** São Paulo; 1994. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
86. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). What quality of life? **World Health Forum** 1996; 17: 354-6.
87. Widström E, Nilsson B. Dental health and perceived treatment needs of Finnish immigrants in Sweden. **Scand J Soc Med** 1984; 12:129-36.

ANEXOS

ANEXO 1

COMPOSIÇÃO DAS CLASSES SOCIAIS UTILIZADAS NO PRESENTE ESTUDO

BURGUESIA: é constituída por “proprietários de meios de produção que, sem estar eles mesmos sujeitos à exploração, empregam força de trabalho assalariada, exercendo uma função de exploração do tipo capitalista, que se expressa na apropriação de uma porção de tempo de trabalho do operário”.

NOVA PEQUENA BURGUESIA: “situação de classe que engloba os agentes sociais que ocupam os postos de mais alto nível técnico e de tomada de decisões, especificamente: “os trabalhadores assalariados que desempenham, no plano econômico, funções próprias do capital, como são as de direção, organização e vigilância do processo de trabalho e da produção; os assalariados que exercem funções de direção dentro do setor público; os assalariados que exercem funções as quais, apesar de não serem de direção, requerem formação profissional de nível superior; e os profissionais autônomos, que são portadores de práticas especializadas que lhes permitem vender seu trabalho, ainda que não sua força de trabalho”.

PEQUENA BURGUESIA TRADICIONAL: é composta pelos agentes sociais que, “sem possuir formação universitária, possuem a capacidade de reproduzir-se de maneira independente, por disporem de meios de produção próprios. A reprodução desta classe baseia-se na utilização da força de trabalho do grupo familiar”.

PROLETARIADO: “inclui agentes sociais que, estando submetidos a uma relação de exploração, não exercem eles mesmos nem direta, nem indiretamente, função de exploração. Trata-se de trabalhadores que não dispõem de meios de produção e de trabalho e vendem sua força de trabalho para poder

sobreviver; são objeto de extração de uma proporção do produto de seu trabalho e não possuem formação de nível superior. De acordo com a natureza e forma concreta como os indivíduos realizam seu trabalho, distinguem-se dois diferentes subconjuntos: proletariado típico, composto por trabalhadores que desempenham atividades diretamente vinculadas com a produção e o transporte de mercadorias (pedreiros, operários, motoristas) e proletariado não-típico, formado por assalariados que somente têm relação indireta com a produção (bancários, trabalhadores de escritório, funcionários públicos)”.

SUBPROLETARIADO: inclui todos os agentes sociais “que desempenham uma atividade, predominantemente, não assalariada, em geral instável, com a qual obtêm salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo de produção da força de trabalho”.

OBSERVAÇÕES:

1. Indivíduos com formação universitária: são aqueles que possuem curso universitário completo e exercem funções relacionadas com sua área de conhecimento. Por exemplo, um engenheiro civil, que seja proprietário de um armazém ou cuja ocupação principal seja a de representação comercial, não será enquadrado nesta definição.

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO**

1) Quando foi sua última visita ao dentista?

(2) Há menos de um ano

(1) Há mais de um ano

--- Questões 2 e 3 somente para pessoas dentadas ---

2) Existe algum problema com seus dentes?

(2) Sim

(1) Não

(8) Não tenho opinião

3) Existe algum problema com sua gengiva?

(2) Sim

(1) Não

(8) Não tenho opinião

4) Você acha que seus dentes, gengivas ou próteses são:

(1) excelentes

(2) boas

(3) regulares

(4) ruins

(5) péssimas

(8) não tenho opinião

5) Nos últimos 3 meses você diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?

(3) Nunca mudei a alimentação por causa de meus dentes

(2) Algumas vezes mudei a alimentação

(1) Sempre mudei a alimentação

6) Nos últimos 3 meses você teve problemas para mastigar os alimentos?

(3) Nunca tive nenhum problema para mastigar os alimentos

(2) Algumas vezes tive alguns problemas para mastigar os alimentos

(1) Sempre tive problemas para mastigar os alimentos

7) Nos últimos 3 meses você teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?

- (3) Nunca tive dor ou desconforto ao engolir os alimentos
- (2) Algumas vezes tive dor ou desconforto ao engolir os alimentos
- (1) Sempre tive dor ou desconforto ao engolir os alimentos

8) Nos últimos 3 meses você mudou o jeito de falar por causa dos problemas de sua boca?

- (3) Nunca mudei o jeito de falar por causa dos problemas de minha boca
- (2) Algumas vezes mudei o jeito de falar
- (1) Sempre mudei o jeito de falar

9) Nos últimos 3 meses você sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?

- (3) Nunca senti qualquer desconforto ao comer
- (2) Algumas vezes senti desconforto ao comer
- (1) Sempre senti desconforto ao comer

10) Nos últimos 3 meses você deixou de se encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?

- (3) Nunca deixei de me encontrar com outras pessoas por causa de minha boca
- (2) Algumas vezes deixei de me encontrar com outras pessoas
- (1) Sempre deixei de me encontrar com outras pessoas

11) Nos últimos 3 meses você se sentiu satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?

- (1) Nunca me senti satisfeito ou feliz com a aparência de minha boca
- (2) Algumas vezes me senti satisfeito ou feliz
- (3) Sempre me senti satisfeito ou feliz

12) Nos últimos 3 meses você teve que tomar remédio para passar a dor ou o desconforto de sua boca?

- (3) Nunca tive que tomar remédios para passar a dor ou o desconforto de minha boca
- (2) Algumas vezes tive que tomar remédios para passar a dor ou o desconforto
- (1) Sempre tive que tomar remédios para passar a dor ou o desconforto

13) Nos últimos 3 meses você teve algum problema na boca que o deixou preocupado?

- (3) Não tive nenhum problema na boca que me deixou preocupado
- (2) Algumas vezes tive problemas na boca que me deixaram preocupado
- (1) Sim, tive vários problemas na boca que me deixaram preocupado

14) Nos últimos 3 meses você chegou a se sentir nervoso por causa dos problemas na sua boca?

- (3) Nunca me senti nervoso com problemas na minha boca
- (2) Algumas vezes senti nervoso com problemas na minha boca
- (1) Sempre me senti nervoso com problemas na minha boca

15) Nos últimos 3 meses você evitou comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na sua boca?

- (3) Nunca evitei comer junto com outras pessoas por causa dos problemas da minha boca
- (2) Algumas vezes evitei comer junto com outras pessoas
- (1) Sempre evitei comer junto com outras pessoas

16) Nos últimos 3 meses você sentiu seus dentes ou a gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

- (3) Meus dentes ou gengiva nunca ficaram sensíveis a alimentos ou líquidos
- (2) Meus dentes ou gengiva algumas vezes ficaram sensíveis
- (2) Meus dentes ou gengiva sempre foram sensíveis

17) Na sua casa quem é o chefe da família?

18) Quantas pessoas vivem na sua casa?

nome	parentesco	idade	sexo	escolaridade	ocupação remunerada	renda

19) Qual a profissão e o tipo de firma do responsável pelo sustento da família?

20) No momento, a pessoa responsável pelo sustento da família está:

- trabalhando de forma regular
- em licença
- afastado
- desempregado
- aposentado
- incapacitado para o trabalho
- dona de casa

ANEXO 3

CRITÉRIOS DE EXAME PARA O ÍNDICE CPOD

Cada dente examinado receberá uma das seguintes classificações:

- A) Hígido: quando o dente não apresenta evidência de cárie, tratada ou não. Os estágios iniciais da doença, que precedem a formação de cavidades, não são levados em consideração pela dificuldade em detectá-los no exame clínico comum. Contudo, dentes com os seguintes sinais devem ser codificados como sadios: a) manchas esbranquiçadas; b) descoloração ou manchas rugosas; c) sulcos e fissuras do esmalte manchados; d) áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa.

- B) Cariado: quando uma lesão em um sulco, fissura ou superfície lisa (vestibular, lingual) apresentar tecido amolecido na base, esmalte socavado ou possuir uma restauração provisória. Os dentes que possuem uma ou mais restaurações, mas ao mesmo tempo apresentam cárie primária ou secundária são considerados cariados.

- C) Restaurado: quando uma ou mais restaurações definitivas estiveram presentes e inexistir cárie primária ou recorrente.

- D) Extraído: quando o dente foi extraído devido à cárie dentária.

- E) Extração indicada: quando o dente apresenta lesão de cárie profunda com evidências de comprometimento pulpar.

ANEXO 4**FICHA CLÍNICA**

Número de identificação: _____

Data: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

CONDIÇÃO PERIODONTAL (CPITN)

17/16 11 26/27

Valores válidos: 0 = normal; 1 = sangramento; 2 = cálculo;

3 = bolsa rasa; 4 = bolsa profunda; X = excluído

47/46 31 36/37

PRESENÇA DE CÁRIE RADICULAR : ____ (0 = não; 1 = sim)**CONDIÇÃO DENTÁRIA (CPO-D)**

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

USO E NECESSIDADE DE PRÓTESEUSO NECESSIDADE

CÓDIGOS: 1: prótese total superior E inferior
 2: prótese total superior OU inferior
 3: prótese parcial superior E inferior
 4: prótese parcial superior OU inferior
 5: prótese parcial + total
 6: sem uso ou necessidade de prótese

ANEXO 5

RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO MÚLTIPLA

Multiple Regression Report

Page 1
 Database DENTADOS
 Dependent auto-avaliação X variáveis sócio-demográficas

Regression Equation Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	T-Value (Ho: B=0)	Prob Level	Decision (5,0%)	Power (5,0%)
Intercept	3,888282	0,9117532	4,2646	0,000034	Reject Ho	0,988692
idade	-7,346619E-03	1,222713E-02	-0,6008	0,548762	Accept Ho	0,091780
sexo	-4,855197E-02	0,1482381	-0,3275	0,743682	Accept Ho	0,062234
escolaridade	3,607514E-02	0,0673527	0,5356	0,592941	Accept Ho	0,083069
classe social	-0,1560161	6,838724E-02	-2,2814	0,023798	Reject Ho	0,621041
R-Squared	0,035109					

Regression Coefficient Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	Lower 95,0% C.L.	Upper 95,0% C.L.	Standardized Coefficient
Intercept	3,888282	0,9117532	2,088155	5,688409	0,0000
idade	-7,346619E-03	1,222713E-02	-3,148736E-02	1,679412E-02	-0,0469
sexo	-4,855197E-02	0,1482381	-0,341227	0,2441231	-0,0254
escolaridade	3,607514E-02	0,0673527	-9,690319E-02	0,1690535	0,0426
classe social	-0,1560161	6,838724E-02	-0,291037	-2,099527E-02	-0,1825
T-Critical	1,974358				

Multiple Regression Report

Page 2
 Database DENTADOS
 Dependent auto-avaliação X variáveis sócio-demográficas e subjetivas

Regression Equation Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	T-Value (Ho: B=0)	Prob Level	Decision (5,0%)	Power (5,0%)
Intercept	1,904547	1,017216	1,8723	0,063023	Accept Ho	0,460593
idade	-6,581677E-03	1,204293E-02	-0,5465	0,585486	Accept Ho	0,084428
sexo	-0,1208878	0,1494874	-0,8087	0,419922	Accept Ho	0,126653
escolaridade	-5,129017E-05	0,0654292	-0,0008	0,999376	Accept Ho	0,050000
classe social	-0,1339243	6,668749E-02	-2,0082	0,046333	Reject Ho	0,514389
probl. dentários	9,284823E-02	0,1457693	0,6370	0,525083	Accept Ho	0,097028
probl. gengivais	-0,3848101	0,2167368	-1,7755	0,077757	Accept Ho	0,422656
gohai	0,1493215	0,0354948	4,2069	0,000043	Reject Ho	0,986825
R-Squared	0,138866					

Regression Coefficient Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	Lower Coefficient	Upper 95,0% C.L.	Standardized 95,0%	C.L.
Intercept	1,904547	1,017216		-0,1046478	3,913741	0,0000
idade	-6,581677E-03	1,204293E-02		-3,036874E-02	1,720539E-02	-0,0424
sexo	-0,1208878	0,1494874		-0,4161536	0,1743781	-0,0628
escolaridade	-5,129017E-05	0,0654292		-0,1292863	0,1291838	-0,0001
classe social	-0,1339243	6,668749E-02		-0,2656447	-2,203871E-03	-0,1584
problemas dentários	9,284823E-02	0,1457693		-0,1950737	0,3807701	0,0492
problemas gengivais	-0,3848101	0,2167368		-0,8129063	4,328614E-02	-0,1565
gohai	0,1493215	0,0354948		7,921255E-02	0,2194304	0,3643
T-Critical	1,975189					

Multiple Regression Report

Page 3
 Database DENTADOS
 Dependent auto-avaliação X variáveis sócio-demográficas, subjetivas e clínicas

Regression Equation Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	T-Value (Ho: B=0)	Prob Level (5,0%)	Decision (5,0%)	Power (5,0%)
Intercept	0,9769276	1,067175	0,9154	0,361474	Accept Ho	0,148791
idade	-1,248808E-02	1,164698E-02	-1,0722	0,285392	Accept Ho	0,186692
sexo	-0,2551792	0,160064	-1,5942	0,113047	Accept Ho	0,353575
escolaridade	1,299907E-02	0,0630196	0,2063	0,836867	Accept Ho	0,054824
classe social	-0,1166599	6,361961E-02	-1,8337	0,068733	Accept Ho	0,445072
cpitn	0,1343426	6,527566E-02	2,0581	0,041361	Reject Ho	0,533729
cárie radicular	-0,2575014	0,1560899	-1,6497	0,101154	Accept Ho	0,374222
cariados	-5,032677E-03	9,488572E-02	-0,0530	0,957773	Accept Ho	0,050318
restaurados	0,1055873	8,000001E-02	1,3198	0,188954	Accept Ho	0,258770
extraídos	5,438366E-02	7,940987E-02	0,6848	0,494526	Accept Ho	0,104482
extração ind.	0,2818644	0,0943749	2,9866	0,003309	Reject Ho	0,843028
cpo-d	-0,0275477	8,209246E-02	-0,3356	0,737677	Accept Ho	0,062826
prótese	0,1090169	0,0857491	1,2713	0,205627	Accept Ho	0,243545
probl. dentários	-0,1940825	0,1498785	-1,2949	0,197388	Accept Ho	0,250886
probl. gengivais	-0,3756975	0,211501	-1,7763	0,077760	Accept Ho	0,422673
gohai	0,15079	3,653651E-02	4,1271	0,000061	Reject Ho	0,983816
R-Squared	0,306100					

Regression Coefficient Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	Lower 95,0% C.L.	Upper 95,0% C.L.	Standardized Coefficient
Intercept	0,9769276	1,067175	-1,132179	3,086035	0,0000
idade	-1,248808E-02	1,164698E-02	-3,550654E-02	1,053038E-02	-0,0816
sexo	-0,2551792	0,160064	-0,571521	6,116268E-02	-0,1334
escolaridade	1,299907E-02	0,0630196	-0,1115495	0,1375476	0,0157
classe social	-0,1166599	6,361961E-02	-0,2423943	9,074437E-03	-0,1403
cpitn	0,1343426	6,527566E-02	5,33537E-03	0,2633499	0,1661
cárie radicular	-0,2575014	0,1560899	-0,565989	0,0509861	-0,1357
cariados	-5,032677E-03	9,488572E-02	-0,1925597	0,1824943	-0,0085
restaurados	0,1055873	8,000001E-02	-5,252036E-02	0,263695	0,5951
extraídos	5,438366E-02	7,940987E-02	-0,1025577	0,211325	0,4090
extração indicada	0,2818644	0,0943749	9,534695E-02	0,4683818	0,4299
cpo-d	-0,0275477	8,209246E-02	-0,1897908	0,1346954	-0,1086
prótese	0,1090169	0,0857491	-6,045292E-02	0,2784868	0,1130
probl. dentários	-0,1940825	0,1498785	-0,4902941	0,1021292	-0,1039
probl. gengivais	-0,3756975	0,211501	-0,7936965	4,230149E-02	-0,1555
gohai	0,150793,653651E-02		7,858125E-02	0,2229988	0,3666
T-Critical	1,976346				

Multiple Regression Report

Page 4
 Database DESDENTADOS
 Dependent auto-avaliação X variáveis sócio-demográficas

Regression Equation Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	T-Value (Ho: B=0)	Prob Level	Decision (5,0%)	Power (5,0%)
Intercept	1,058608	0,8416979	1,2577	0,211211	Accept Ho	0,238462
idade	-4,886548E-03	0,0102733	-0,4757	0,635281	Accept Ho	0,075826
sexo	0,2050352	0,1816939	1,1285	0,261624	Accept Ho	0,201070
escolaridade	0,2223991	8,667581E-02	2,5659	0,011663	Reject Ho	0,720068
classe social	8,606113E-02	0,0609671	1,4116	0,160942	Accept Ho	0,287822
R-Squared	0,076205					

Regression Coefficient Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	LowerUpper 95,0% C.L.	Standardized 95,0% C.L. Coefficient
Intercept	1,058608	0,8416979	-0,6097836	2,726999
idade	-4,886548E-03	0,0102733	-2,525001E-02	1,547692E-02
sexo	0,2050352	0,1816939	-0,1551136	0,5651841
escolaridade	0,2223991	8,667581E-02	5,059257E-02	0,3942055
classe social	8,606113E-02	0,0609671	-3,478624E-02	0,2069085
T-Critical	1,982173			0,1316

Multiple Regression Report

Page 5
 Database DESDENTADOS
 Dependent auto-avaliação x variáveis sócio-demográficas, protética e subjetiva

Regression Equation Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	T-Value (Ho: B=0)	Prob Level	Decision (5,0%)	Power (5,0%)
Intercept	-0,8343357	0,8879494	-0,9396	0,349548	Accept Ho	0,153698
idade	5,299991E-03	9,910897E-03	0,5348	0,593933	Accept Ho	0,082743
sexo	0,2758887	0,1690779	1,6317	0,105705	Accept Ho	0,365966
escolaridade	0,1235137	8,331043E-02	1,4826	0,141155	Accept Ho	0,312081
classe social	4,895659E-02	5,841108E-02	0,8381	0,403839	Accept Ho	0,131996
prótese	2,079017E-02	0,1380041	0,1506	0,880539	Accept Ho	0,052557
gohai	0,1216903	2,776538E-02	4,3828	0,000028	Reject Ho	0,991409
R-Squared	0,221951					

Regression Coefficient Section

Independent Variable	Regression Coefficient	Standard Error	Lower 95,0% C.L.	Upper 95,0% C.L.	Standardized Coefficient
Intercept	-0,8343357	0,8879494	-2,594782	0,9261104	0,0000
idade	5,299991E-03	9,910897E-03	-1,434933E-02	2,494931E-02	0,0490
sexo	0,2758887	0,1690779	-0,0593247	0,6111021	0,1415
escolaridade	0,1235137	8,331043E-02	-4,165738E-02	0,2886847	0,1366
classe social	4,895659E-02	5,841108E-02	-6,684906E-02	0,1647622	0,0749
prótese	2,079017E-02	0,1380041	-0,2528163	0,2943966	0,0135
gohai	0,1216903	2,776538E-02	0,0666427	0,1767378	0,4050
T-Critical	1,982597				

ANEXO 6

**TABELAS COM A DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA
AUTO-AVALIAÇÃO, DE ACORDO COM DIFERENTES
VARIÁVEIS, EM PESSOAS DENTADAS**

Tabela 1. Distribuição de frequência da auto-avaliação da condição bucal, segundo o sexo, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Sexo	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	64	66,0	40	54,8	23	74,2
Masculino	33	34,0	33	45,2	8	25,8
Total	97	100,0	73	100,0	31	100,0

Tabela 2. Distribuição de frequência da auto-avaliação da condição bucal, segundo a escolaridade, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Escolaridade	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Universitário	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2° grau	8	8,3	12	16,5	7	22,6
1° grau	75	77,3	53	72,6	22	71,0
Analfabeto	14	14,4	8	11,0	2	6,5
Total	97	100,0	73	100,0	31	100,0

Tabela 3. Distribuição de freqüência da auto-avaliação da condição bucal, segundo a classe social, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Classe Social	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Burguesia	2	2,1	0	0,0	0	0,0
Nova pequena burguesia	2	2,1	4	5,5	8	25,8
Pequena burguesia tradicional	5	5,2	8	11,0	2	6,5
Proletariado típico	43	44,3	31	42,5	14	45,2
Proletariado não-típico	26	26,8	23	31,5	3	9,7
Subproletariado	17	17,5	7	9,6	4	12,9
Sem classificação	2	2,1	0	0,0	0	0,0
Total	97	100,0	73	100,0	31	100,0

Tabela 4. Distribuição de freqüência da auto-avaliação da condição bucal, segundo a presença ou ausência de cárie radicular, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Cárie radicular	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Ausência	35	36,1	28	38,4	13	41,9
Presença	62	63,9	45	61,6	18	58,1
Total	97	100,0	73	100,0	31	100,0

Tabela 5. Distribuição de frequência da auto-avaliação da condição bucal, segundo os escores do índice CPITN, de pessoas dentadas que frequentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

CPITN	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Hígido	3	3,1	3	4,1	0	0,0
Sangramento	11	11,3	3	4,1	2	6,5
Cálculo	25	25,8	18	24,7	8	25,8
Bolsa rasa	28	28,9	3	4,1	6	19,3
Bolsa profunda	27	27,8	4	5,5	14	45,2
Excluídos	3	3,1	42	57,5	1	3,2
Total	97	100,0	73	100,0	31	100,0

Tabela 6. Distribuição de frequência da auto-avaliação das condições bucais, segundo as condições protéticas, de pessoas dentadas que frequentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Prótese	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Não usa- não necessita	2	2,1	7	9,5	0	0,0
Usa - não necessita	18	18,5	18	24,7	8	25,8
Usa – necessita	30	30,9	17	23,3	11	35,5
Não usa - necessita	47	48,5	31	42,5	12	38,7
Total	97	100,0	73	100,0	31	100,0

Tabela 7. Distribuição de frequência da auto-avaliação das condições bucais, segundo a presença ou ausência de problemas com os dentes, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Problemas com os dentes	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Não	63	65,6	40	54,8	18	60,0
Sim	33	34,4	33	45,2	12	40,0
Total	97	100,0	73	100,0	30	100,0

Tabela 8. Distribuição de frequência da auto-avaliação das condições bucais, segundo a presença ou ausência de problemas na gengiva, de pessoas dentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Problemas com a gengiva	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Não	81	84,4	57	80,3	23	74,2
Sim	15	15,6	14	19,7	8	28,8
Total	96	100,0	71	100,0	31	100,0

ANEXO 7

**TABELAS COM A DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA
AUTO-AVALIAÇÃO, DE ACORDO COM DIFERENTES
VARIÁVEIS, EM PESSOAS DESDENTADAS**

Tabela 1. Distribuição de frequência da auto-avaliação das condições bucais, segundo o sexo, de pessoas desdentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Sexo	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	74	79,6	24	83,3	9	69,2
Masculino	19	20,4	6	16,7	4	30,8
Total	93	100,0	30	100,0	13	100,0

Tabela 2. Distribuição de frequência da auto-avaliação das condições bucais, segundo a escolaridade, de pessoas desdentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Escolaridade	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Universitário	2	2,2	0	0,0	0	0,0
2º grau	2	2,2	0	0,0	0	0,0
1º grau	77	82,8	25	83,3	11	84,6
Analfabeto	12	12,8	5	16,7	2	15,4
Total	93	100,0	30	100,0	13	100,0

Tabela 3. Distribuição de frequência da auto-avaliação das condições bucais, segundo a classe social, de pessoas desdentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Classe Social	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Burguesia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nova pequena burguesia	6	6,5	1	3,3	0	0,0
Pequena burguesia tradicional	10	10,8	3	10,0	2	15,4
Proletariado típico	32	34,4	12	40,0	5	38,5
Proletariado não-típico	22	23,7	9	30,0	3	23,1
Subproletariado	19	20,4	5	16,7	2	15,4
Sem classificação	4	4,3	0	0,0	1	7,7
Total	93	100,0	30	100,0	13	100,0

Tabela 4. Distribuição de frequência da auto-avaliação das condições bucais, segundo as condições protéticas, de pessoas desdentadas que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara, 1997.

Prótese	Auto-avaliação					
	Excelente – boa		Regular		Ruim – péssima	
	n	%	n	%	n	%
Usa - não necessita	32	34,4	10	33,3	6	46,2
Usa – necessita	59	63,4	20	66,7	6	46,2
Não usa - necessita	2	2,2	0	0,0	1	7,6
Total	93	100,0	73	100,0	13	100,0