

UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA

CRISTINA PEREIRA ISOLAN

**SAÚDE ORAL DOS IDOSOS QUE FREQUENTAM O
CONVENTO SANTO ANTÔNIO: CENTRO, RIO DE JANEIRO-
RJ. ASPECTOS CLÍNICOS**

**Rio de Janeiro
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Cristina Pereira Isolan

**SAÚDE ORAL DOS IDOSOS QUE FREQUENTAM O
CONVENTO SANTO ANTÔNIO: CENTRO, RIO DE JANEIRO-
RJ. ASPECTOS CLÍNICOS**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissionalizante em Odontologia
da Universidade Veiga de Almeida, como
Requisito parcial para obtenção do Grau de
Mestre. Área de concentração: Reabilitação
Oral

Orientadora: Prof^a. Liana Bastos Freitas Fernandes

Co- orientador: Prof. Cláudio Fernandes

Rio de Janeiro

2006

CRISTINA PEREIRA ISOLAN

SAÚDE ORAL DOS IDOSOS QUE FREQUËNTAM O CONVENTO
SANTO ANTÔNIO: CENTRO, RIO DE JANEIRO-RJ.
ASPECTOS CLÍNICOS

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissionalizante em Odontologia da Universidade Veiga de Almeida, como Requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de concentração: Reabilitação Oral.

Aprovada **15/12/2006**

BANCA EXAMINADORA

Profa– Doutora Anna Thereza Thomé Leão
University College London, UCL, Inglaterra

Profa – Doutora Denise Fonseca Côrtes
Faculdade de Odontologia de Bauru – Univ. de São Paulo. FOB - USP

Prof – Doutor Sergio Kahn
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Dedico este trabalho aos meus pais, Tomaz Barbosa Isolan e Tânia Maria Pereira Isolan, exemplo profissional e amor incondicional.

Ao Pedro, pelo amor, companheirismo e apoio em todos os momentos.

Aos meus irmãos Cyro, Bruno e Camila, por serem muito importantes na minha vida.

A Universidade Veiga de Almeida, pela oportunidade de crescimento profissional.

A minha orientadora Profa Liana Bastos Freitas Fernandes, pelos ensinamentos, amizade, incentivo e dedicação.

Ao Prof Cláudio Fernandes, pelos conhecimentos transmitidos e apoio durante todo o trabalho.

Aos professores do mestrado, pelo conhecimento transmitido, segurança e amizade.

Aos idosos do Convento Santo Antônio, pela disponibilidade em ajudar na pesquisa.

Ao Prof Carlos Augusto B. Ribeiro, pela amizade, gentileza e ajuda, fundamental, na parte estatística deste trabalho.

Aos Frei Clarêncio Neotti, Frei Roger Brunoro e Frei José Ulisses de Moraes , pela possibilidade de realização deste trabalho, pela amizade e carinho que sempre nos trataram no período em que estivemos no Convento Santo Antônio.

Aos funcionários do Convento pelo convívio sempre alegres e solícitos.

À minha colega de mestrado Érica Luíza da Costa Souza, que esteve comigo em todos os exames.

À funcionária de biblioteca Gisele Francisco, pela ajuda na busca dos artigos

Aos funcionários da Universidade, sempre presentes e dedicados.

Aos colegas de mestrado pelo convívio e amizade, momentos que vão deixar saudade.

Aos amigos e colegas dentistas Letícia Kirst Post e Fábio Garcia Lima, pela ajuda durante todo o desenvolvimento deste trabalho.

Às dentistas Maria Lúcia Pappen e Fernanda Pappen pelo apoio e carinho no desenvolvimento deste trabalho.

“Até que um dia, por astúcia ou acaso, depois de quase todos os enganos, ele descobriu a porta do labirinto...
Nada de ir tateando os muros como um cego.
Nada de muros.
Seus passos tinham enfim a liberdade de traçar seus próprios labirintos.”

Mário Quintana

RESUMO

Nos últimos anos a população de idosos na cidade do Rio de Janeiro aumentou consideravelmente. A melhoria das condições de vida da população idosa resulta em aumento da demanda por serviços de saúde bucal, tanto por questões biológicas como sociais. Dessa forma, é importante conhecer o estado de saúde bucal dessa população, de forma a ajustar as políticas de saúde oral. O objetivo do trabalho foi avaliar a saúde oral de idosos no centro do Rio de Janeiro. Foi realizado um exame clínico de 263 indivíduos, entre 60 e 86 anos de idade, freqüentadores do Convento Santo Antônio no centro da cidade, utilizando a ficha de avaliação da Organização Mundial de Saúde (OMS)1997, com o auxílio de espelho e sonda periodontal da OMS. Foi avaliada a articulação temporomandibular e a presença de lesões orais, assim como o índice periodontal comunitário e a perda de inserção, além do índice CPOD de todos os idosos, tal como o edentulismo e a condição e necessidade de tratamentos protéticos. O questionário a respeito da renda familiar, hábito de fumar, alcoolismo e uso de algum medicamento, além das condições sistêmicas, foi aplicado neste grupo. Entre os participantes, 11,7% apresentaram ulceração pelo uso de prótese, 45,62% apresentaram doença periodontal. 20,2% dos idosos eram edentados totais superiores, 1,1% edentados totais inferiores e 26,6% edentados totais superiores e inferiores. 72,6% dos idosos necessitavam de algum tipo de prótese superior e 74,9 de algum tipo de prótese inferior. A complicação sistêmica mais encontrada foi a hipertensão, com acometimento de 28% dos idosos. Dos dentes remanescentes, 13,9% apresentavam cárie.

As condições funcionais, de estética e ou de higiene das próteses encontradas eram em 30% das inferiores e 25% das superiores inadequadas. Este estudo concluiu que a população idosa do Convento Santo Antônio no Centro do Rio de Janeiro apresenta grande necessidade de tratamento de prótese dental.

Palavras-Chave: Idosos, Saúde Oral, Estudo Epidemiológico

ABSTRACT

The population of elderly people has recently grown substantially in Rio de Janeiro's city. The improvement of life conditions of the elderly population results in the growth of the demand for bucal health service, both for biological and social aspects. This way, is important to assess the status of bucal health of this population, in order to adjust to oral health policies. The objective of this work was to evaluate the oral health of elderly people in Rio de Janeiro downtown. A clinical examination was performed with 263 individuals, with ages ranging between 60 and 86 years old, frequent visitors of the Santo Antonio monastery in downtown, using the WHO (World Health Organization) evaluation form (1997), with the help of a mirror and WHO's periodontal probe. The temporomandibular joint and the presence of oral damage were evaluated, in addition to the communal periodontal index and the loss of insertion and the CPOD index of all elderly people, such as edentulism, the condition and need for prosthetic treatment. The questionnaire related to household income, smoking habits, alcoholism and use of any medicine, and also sistemic conditions, was applied to this group. Among the participants, 11.7% presented ulceration due to the use of prosthesis, 45.62% presented periodontal disease, 20.2% of the elderly people were totally edentulous in the upper arch, 1.1% were totally edentulous in the lower arch and 26.6% totally edentulous in both the upper and lower arch. 72.6% of the elderly needed some sort of upper prosthesis and 74.9% needed lower prosthesis. The systemic complication more often found was hypertension, at 28% of the sample. Out of the remaining teeth, 13.9% presented caries.

The functional, aesthetic and hygienic conditions of the prosthesis found in the study were inadequate for 30% of the lower arch and 25% of the upper arch. The conclusion of this study was that the elderly population in Rio de Janeiro downtown presents great need of treatment on dental prosthesis.

Key words: Elderly Population, Oral Health, Epidemiological Study

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1A – Fotografia do Convento Santo Antônio, localizado no Centro da cidade do Rio de Janeiro - RJ. p. 59

Figura 1B - Fotografia da Tenda onde foram realizados os exames, montada na lateral do Convento Santo Antônio. p. 59

LISTA DE TABELAS

- Tabela A- Estimativa da população com mais de 60 anos. Censo IBGE, 1987. p. 24
- Tabela 1 – Distribuição dos 263 idosos examinados pela faixa etária. p. 65
- Tabela 2 – Resposta dos 263 indivíduos idosos entrevistados no Convento Santo Antônio. Perguntas relacionadas ao hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica e uso de medicamentos. p. 66
- Tabela 3 – Distribuição da resposta dos idosos ao questionário segundo a faixa etária e a renda familiar. p. 66
- Tabela 4 – Distribuição dos idosos pela renda familiar segundo a frequência de escovação. p. 67
- Tabela 5 – Distribuição do Índice Periodontal comunitário (IPC) por áreas examinadas nos 263 indivíduos da amostra. p. 69
- Tabela 6 – Distribuição por faixa etária, de acordo com os valores de necessidade de tratamento periodontal registrado por indivíduo. p. 69
- Tabela 7 – Distribuição da população estudada em relação à presença de doença periodontal e a faixa etária. p. 70
- Tabela 8 – Distribuição da população estudada em relação à presença de doença periodontal e a frequência de escovação. p. 70
- Tabela 9 – Distribuição da população estudada em relação à presença de doença periodontal e à renda familiar. p. 70
- Tabela 10 – Distribuição do Odontograma realizado nos 263 indivíduos examinados no Convento Santo Antônio. p. 71
- Tabela 11 – Média dos componentes do CPOD nos 263 indivíduos examinados no Convento Santo Antônio. p. 71
- Tabela 12 – Prevalência do edentulismo total superior e inferior, edentulismo total superior e edentulismo total inferior nos 263 indivíduos da população idosa do Convento Santo Antônio no Centro do Rio de Janeiro-RJ. p. 72
- Tabela 13 – Prevalência do edentulismo total superior e inferior, edentulismo total superior e edentulismo inferior com relação à faixa etária nos 263 idosos examinados no Convento Santo Antônio. p. 72
- Tabela 14 – Prevalência do edentulismo total superior e inferior, edentulismo total superior e edentulismo inferior com relação à renda familiar, em salários mínimos, nos 263 idosos examinados no Convento Santo Antônio. p. 73
- Tabela 15 – Prevalência do edentulismo total superior e inferior, edentulismo total superior e edentulismo inferior com relação a frequência de escovação nos 263 idosos examinados no Convento Santo Antônio. p. 73
- Tabela 16 – Condição protética superior e inferior dos 263 indivíduos da amostra divididos por faixa etária. p. 75
- Tabela 17 – Necessidade protética superior e inferior dos 263 indivíduos da amostra dividido por faixa etária. p. 75
- Tabela 18 – Distribuição da população idosa examinada segundo a renda familiar e a necessidade de prótese dentária superior. p. 75
- Tabela 19 – Distribuição da população idosa examinada segundo a renda familiar e a necessidade de prótese dentária inferior. p. 75
- Tabela 20 – Resumo da regressão logística realizado com as seguintes variáveis: mucosa, IPC, CPO, necessidade protética superior e necessidade protética inferior, onde foram obtidos: o modelo de regressão, o valor de predição, ANOVA e os fatores significantes. p. 76

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência de lesões da mucosa bucal. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,207$. p. 77
- Gráfico 2 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência de lesões da mucosa bucal. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,248$. p. 78
- Gráfico 3 - Plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,267$. p. 79
- Gráfico 4 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferiores” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,344$. p. 80
- Gráfico 5 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,400$. p. 80
- Gráfico 6 - Plotagem de regressão parcial do fator “Fumante” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Fumante” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,075$. p. 82
- Gráfico 7 - Plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,358$. p. 82
- Gráfico 8 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferiores” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,426$. p. 83
- Gráfico 9 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,554$. p. 83
- Gráfico 10 - Plotagem de regressão parcial do fator “Sexo” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Sexo” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,012$. p. 84
- Gráfico 11 - Plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão

logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,385$. p. 85

Gráfico 12 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferiores” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,014$. p. 86

Gráfico 13 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,244$. p. 86

Gráfico 14 - Plotagem de regressão parcial do fator “Sexo” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Sexo” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,130$. p. 87

Gráfico 15 - Plotagem de regressão parcial do fator renda familiar sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator renda familiar é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,423$. p. 88

Gráfico 16 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferior” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferior” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,006$. p. 89

Gráfico 17 - Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superior” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superior” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,210$. p. 89

LISTA DE ABREVIATURAS

Cond Prot Inf - Condição protética inferior

Cond Prot Sup - Condição protética superior

CPOD – número de dentes cariados, restaurados/obturados e perdidos por indivíduo

DTM – Disfunção temporomandibular

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPC – Índice periodontal comunitário

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	p. 7
ABSTRACT	p. 8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	p. 9
LISTA DE TABELAS	p. 10
LISTA DE GRÁFICOS	p. 11
LISTA DE ABREVIATURAS	p. 13
1 - INTRODUÇÃO	p. 15
2 - REVISÃO DA LITERATURA	p. 20
2.1 COMPORTAMENTO DO IDOSO COM RELAÇÃO A SUA SAÚDE ORAL	p.26
2.2 LESÕES BUCAIS FREQUENTES NA TERCEIRA IDADE	p. 29
2.3 COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS NA TERCEIRA IDADE	p. 33
2.4 CONDIÇÃO PERIODONTAL DOS IDOSOS	p. 36
2.5 CÁRIE DENTAL NA TERCEIRA IDADE	p. 38
2.6 PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES CRANIOMANDIBULARES EM IDOSOS	p. 40
2.7 EDENTULISMO, CONDIÇÃO E NECESSIDADE PROTÉTICA NA TERCEIRA IDADE	p. 41
2.8 SAÚDE ORAL DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL	p. 44
3 - OBJETIVOS	p. 54
3.1 OBJETIVOS GERAIS	p. 55
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	p. 55
4 - HIPÓTESES	p. 56
5 - METODOLOGIA	p. 58
6 - RESULTADOS	p. 64
7- DISCUSSÃO	p. 90
8- CONCLUSÕES	p. 99
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 102
APÊNDICES	p. 112
ANEXOS	p. 115

INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

O aprimoramento da medicina e das demais áreas da saúde propiciou um aumento da expectativa de vida nos indivíduos com idade avançada. Neste sentido, os idosos têm procurado os cuidados de profissionais da área médica com mais frequência para prevenir e melhorar a qualidade de vida. Por isso os estudos sobre senescência e senilidade tornaram-se vitais.

A população idosa, em termos proporcionais, é o segmento populacional que mais cresce no Brasil e que assiste ao despertar do século XXI com um crescimento oito vezes maior que o dos jovens e quase duas vezes maior que a população em geral (KALACHE, A.; VERAS, R.; RAMOS, R., 1987). Diferente do que ocorre com os outros grupos etários, sua taxa de crescimento tende a elevar-se nas próximas décadas (PARAJARA, F.; GUZZO, F., 2000). Até o ano de 2025 seremos a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos, com mais de 30 milhões de pessoas nesta faixa, representando quase 15% da população total (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 1998).

A população idosa é considerada, nos países em desenvolvimento, como sendo aqueles indivíduos com mais de 60 anos (VERAS, R., 1994). A idade social, a biológica e a psicológica são complementares, o que dificulta a determinação de uma idade específica para se considerar o indivíduo idoso (DUARTE, L., 1999).

A condição atual as saúde da população é fruto da melhoria das condições de vida e do acesso aos avanços da Medicina, como medidas profiláticas, saneamento básico, controle de doenças parasitárias, imunização de doenças infecciosas, controle das infecções por antibióticos e tratamentos preventivos de doenças fatais, como infarto do miocárdio, câncer e acidente vascular cerebral (MANEGHIM, M., 1999, MARCHINI,L *et al* 2006). A elevação do nível de vida da população é traduzido pela urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito melhores que anteriormente (KALACHE, A.; VERAS, R.; RAMOS,C., 1987).

O ser humano, de um modo geral, busca qualidade de vida. É preciso que os dentistas estejam atentos às demandas dos indivíduos idosos, para que os mesmos recebam o atendimento adequado. A importância de um estudo epidemiológico de prevalência é fundamental para caracterização de uma população a respeito das condições orais encontradas. Após esta avaliação, em um segundo momento, deveria ser trabalhada as necessidades diagnosticadas.

O cirurgião dentista, além dos conhecimentos teóricos adquiridos na sua vida profissional, deve saber trabalhar o lado emocional dos pacientes idosos, os quais podem apresentar complicações sistêmicas. O envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento individual cuja característica principal é a acentuada perda da capacidade de adaptação ao meio e menor expectativa de vida (AMÂNCIO, A.; CAVALCANTI, P., 1975).

As manifestações somáticas do envelhecimento são, geralmente, bem evidentes e facilmente observáveis, porém pouco se sabe sobre as origens desse

fenômeno comum a todos os seres vivos, havendo muita discordância quanto à verdadeira dinâmica desse processo (CARVALHO FILHO, E.; ALENCAR, Y., 1994).

A gerontologia é definida como o estudo do processo de envelhecimento de todos os organismos vivos, que aborda fenômenos biológicos e aspectos psicológicos, sociais, ambientais, etc. (FERREIRA, M.; AZEVEDO, M., 1999). A classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi discutida por KINA *et al* (1996). A primeira faixa etária considerada idosa inicia com o grupo etário entre 45/60 anos (meia idade) – idade crítica, pré senil, quando aparecem os primeiros sinais de envelhecimento, que podem apresentar uma predisposição a várias doenças, requerendo, comumente, intervenção do tipo preventivo. A segunda faixa etária é com o grupo a partir dos 60/70 anos (senescência gradual), caracterizada geralmente pelo aparecimento de processos típicos da idade avançada, requerendo a aplicação de medidas terapêuticas oportunas. O terceiro grupo ocorre em indivíduos com 70/90 anos (senilidade conclamada ou velhice). Por volta dos 70 anos situa-se o velho ou ancião, no sentido estrito, com relevância maior para os problemas médicos- sociais assistenciais e reabilitadores. No quarto grupo, acima de 90 anos, encontra-se o grande velho ou longevo.

A geriatria ocupa-se estritamente com problemas médicos de idosos (FERREIRA, M.; AZEVEDO, M., 1999). Os profissionais devem adotar melhor atenção para o atendimento à população idosa. Geriatria é a área que estuda o processo de envelhecimento como um todo, aspecto emocional e social, bem como a saúde do idoso (PARAJARA, F.; GUZZO, F., 2000).

Os dados epidemiológicos mostraram índices elevados, como apontaram os resultados do levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal em 1986 (zona urbana): 27 dentes atacados por cárie por pessoa, com 86% dos dentes já extraídos

e 3% com extração indicada. Do ponto de vista periodontal, pouco mais de 1% foi considerado sadio, ao passo que 50% eram edêntulos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1986).

O Ministério da saúde realizou estimativas que representam a informação epidemiológica disponível sobre a saúde bucal da população brasileira. A incidência de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são bastante elevados. A identificação de bolsa periodontal, durante o exame, indica agravamento das condições do órgão de suporte dentário relacionadas à presença e/ ou risco de infecção periodontal. A região da boca excluída do exame reflete incapacidade funcional gerada por mobilidade e/ou perda do órgão dental. Metade dos idosos apresentou, pelo menos, um sextante da boca excluído. O índice CPOD para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,79. Isto significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas conseqüências. A necessidade do uso de prótese foi de 50,71% e 26,81% necessitam de próteses inferiores e superiores, respectivamente. O edentulismo continua sendo um grave problema no nosso País, especialmente entre os idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

Envelhecimento ou senescência correspondem a eventos biológicos que ocorrem desde as primeiras alterações morfológicas e psico-sociais da idade adulta até o declínio total e a morte. O envelhecimento deve ser encarado como parte da evolução natural do organismo e não como doença (FERREIRA, M.; AZEVEDO, M., 1999).

REVISÃO DA LITERATURA

2- REVISÃO DA LITERATURA

Na odontologia, uma preocupação que deverá configurar como das mais importantes no futuro é a manutenção da saúde bucal do paciente idoso que sofre influência de uma série de fatores que torna este paciente suscetível a diversas patologias, não somente nos elementos dentários, mas também nas diversas estruturas que compõem o sistema estomatognático.

O número de idosos está aumentando no mundo inteiro. Esta modificação da estrutura populacional dará origem a modificações de abordagens e planejamento de tratamentos odontológicos. Os idosos tendem a alcançar níveis alarmantes nos próximos anos. Esse elevado contingente de indivíduos, além de outras necessidades, serão carentes de assistência odontológica (MADEIRA, A.; CAETANO, M.; MINATTI, E., 1987).

A ausência dos dentes gera reflexos negativos, principalmente em indivíduos com idade avançada, sendo fator desencadeante de sentimentos de desamparo e diminuição de auto-estima (MARCHINI, L., *et al*, 2001).

A alteração da eficiência mastigatória, devido ao uso de próteses, é notável e pode ser fator desencadeador de depressão psicológica, de deficiências alimentares e de futuros problemas sistêmicos (MARCHINI, L., *et al*, 1999).

O aumento de indivíduos idosos no mundo tem estimulado inúmeras pesquisas que abrangem, significativamente, diversas áreas do conhecimento. Sem dúvida

alguma, a modificação da proporção de indivíduos que atinge a terceira idade em todo o mundo gera preocupações de aspecto social, psicológico, e médico-odontológico, que suscitam investigações de cunho muitas vezes multidisciplinar.

Com o aumento da vida média da população, o conceito de qualidade de vida torna-se mais importante e a saúde bucal tem papel relevante na qualidade de vida do idoso, uma vez que, quando há comprometimento da saúde bucal, esta condição pode afetar negativamente o nível nutricional, o bem estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa (WERNER, C., *et al*, 1998).

O censo demográfico realizado no ano de 1987 demonstra a evolução da população idosa e sua participação na população total do país, desde 1900 até o ano de 2025 (HARA, A.; SERRA, M., 2001). A evolução do processo de envelhecimento da população também pode ser acompanhado por meio do indicador que relaciona o número de pessoas de 60 anos ou mais, para 100 crianças menores de 5 anos. Esse indicador estava em 48,3, em 1981, passou para 76,5, em 1993, atingiu 97,8, em 1999, e alcançou 120,1, em 2004. Em 2002, o número de idosos de 60 anos ou mais de idade já havia suplantado o de crianças menores de 5 anos de idade (IBGE, 2004).

A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, tem sido, no caso brasileiro, relegada ao completo esquecimento quando se discutem as condições de saúde da população idosa (JITOMIRSKI, F., 2000). Os poderes públicos precisam investir na questão da odontogeriatria, para que resultados mais promissores sejam alcançados, uma vez que é notoriamente sabido que a saúde bucal é altamente responsável pela saúde geral do indivíduo (MADEIRA, A.; MADEIRA, L., 2000).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações fisiológicas que vão modificando progressivamente o organismo, reduzindo suas reservas até o declínio total. A velocidade e a intensidade da progressão variam entre indivíduos e entre diferentes órgãos de um mesmo indivíduo, sendo influenciadas por inúmeros fatores. Portanto, pode não haver correspondência entre a idade cronológica e a biológica.

A terceira idade não deve ser vista como um problema, mas como uma oportunidade e um desafio para o indivíduo em fase de envelhecimento, assim como para sua família. Não se deve somente perguntar sobre os problemas e deficiências do envelhecimento e da velhice. Envelhecimento é um processo de desenvolvimento que começa com o nascimento e vai até a morte (LEHR, U., 1999).

A cavidade bucal é o órgão mediador de muitas atividades humanas essenciais. A fonação, a deglutição e a mastigação representam funções importantes. Este último fator envolve-se, não apenas com o aspecto nutricional, possibilidade de ingestão e a própria escolha do alimento, mas também pelo aspecto psicológico do prazer de ingerir alimentos, no qual a qualidade do aparelho mastigatório representa papel predominante. A perfeita execução destas funções tem óbvias ligações com a saúde bucal dos indivíduos. O número e a qualidade dos dentes das populações têm sido os mais freqüentes indicadores de saúde bucal utilizado pela epidemiologia (PADILHA, D., 1997).

O crescimento acentuado da população idosa, em relação às demais faixas etárias e os avanços ocorridos nos diversos setores do conhecimento, principalmente na medicina, proporcionam uma longevidade saudável ao ser humano. Neste sentido, o idoso está mais participativo na sociedade, exposto às atividades do cotidiano e, também, aos agentes agressores da vida moderna. O

censo demográfico realizado no ano de 1987 demonstra a evolução da população idosa e sua participação na população total do país desde 1900 até o ano de 2025 (HARA, A.; SERRA, M., 2001). Esse fenômeno vem acompanhado de graves conseqüências no sistema público de saúde e na previdência social.

Tabela A – Estimativa da população com mais de 60 anos. Censo IBGE, 1987.

ANOS	POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS	PARTICIPAÇÃO NA POPULAÇÃO TOTAL (%)
1900	558.339	3,2
1940	1.675.534	5,1
1980	7.216.017	6,1
1990*	10.542.170	7,2
2000*	14.293.399	8,3
2025*	34.010.704	14,9

Fonte: IBGE Censo Demográfico Brasil (1987)

- Estimativa.

Os idosos que mantêm seus dentes naturais permanecerão com uma estética e capacidade mastigatória aceitáveis e estes podem e devem representar uma situação privilegiada na comunidade. Em contrapartida, apesar de não existirem doenças bucais relacionadas diretamente ao envelhecimento do indivíduo, alguns problemas, como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, xerostomia, modificações no paladar e a perda de dimensão vertical, têm efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo (ROSA, A., *et al*, 1992).

A partir do estudo da geriátrica, o cirurgião-dentista deve conhecer a fisiologia do envelhecimento e saber das patologias decorrentes deste, compreender o corpo ao longo do tempo garantindo à população idosa a atenção odontológica correta, que venha ao encontro das reais necessidades destes, para que a Odontologia Geriátrica não seja sinônimo de “fabricação” de próteses totais (MORIGUCHI, Y., 1992).

Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem estar do indivíduo idoso revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória (LOCKER, D.; MATEAR, D.; LAWRENCE, H., 2002).

Devido aos aspectos subjetivos da autopercepção, alguns autores padronizaram questionários para avaliar os problemas sociais, funcionais e psicológicos, para conhecer melhor a situação dos indivíduos e como eles enxergam a sua condição bucal.

O Índice de Avaliação da Saúde Oral Geral é composto de 12 questões sobre problemas bucais, que afetam funções físicas e funcionais, como alimentação, fala e deglutição, aspectos psicológicos compreendendo preocupação e cuidados com a saúde bucal, insatisfação com a aparência, dificuldade de relacionamento social e outros aspectos como dor e desconforto dos idosos (ATCHISON, K.; DOLAN, T., 1990). Dessa forma, saúde bucal, para efeito de desenvolvimento do Índice de Avaliação da Saúde Oral Geral, foi definida como ausência de dor e infecção e uma dentição confortável e funcional, seja ela natural ou protética, garantindo ao indivíduo o exercício do seu papel social.

No estudo comparativo entre o Índice de Avaliação da Saúde Oral Geral e o Arquivo 14 de impacto da Saúde Oral constatou-se que ambos consistem de índices singulares que incorporam diferentes dimensões da saúde oral. O Índice Geral está relacionado às limitações funcionais, à dor e ao desconforto, enquanto que o Arquivo 14 às conseqüências psicológicas e comportamentais. (LOCKER, D., *et al*, 2001).

As pessoas utilizam critérios diferentes dos usados pelo cirurgião-dentista para avaliar sua condição bucal. Conhecer a percepção das pessoas sobre a sua condição bucal deveria ser o primeiro passo para elaboração de um programa que

inclua ações educativas voltadas para o autodiagnóstico e o autocuidado, além de ações preventivas e curativas (SILVA, S.; FERNANDES, R., 2001).

Foram pesquisados todos os artigos sobre saúde oral do idoso no Brasil, indexados nas bases de dados BBO, LILACS e MEDLINE, a partir de 1988, data de publicação de Levantamento Epidemiológico Nacional. Foram encontrados 28 artigos até maio de 2001. Percebeu-se uma grande preocupação, na maioria dos artigos, em ressaltar aspectos que justifiquem a importância do tema “odontogeriatrics”, embora tenha sido dado um enfoque mais clínico do que voltado à saúde pública. Os resultados apresentados nos artigos confirmaram as precárias condições de saúde em que se encontrava a população idosa no Brasil, onde o CPOD variou de 26,8 a 31,0 com grande participação do componente extraído (4%) e alta prevalência de edêntulos (68%). Os dados alarmantes retrataram um problema que tenderia a se agravar, caso não fossem tomadas medidas de assistência a essa população (COLUSSI, C.; FREITAS, S., 2002).

Os projetos de prevenção, que tiverem como base o conhecimento epidemiológico com a finalidade de desenvolver estratégias orientadas para o controle das doenças infecto-contagiosas, diminuição dos riscos de doenças degenerativas e minimização de danos à saúde, deveriam ser implementados para a melhoria da qualidade de vida dos idosos (SANTOS, I., *et al*, 2006).

2.1 COMPORTAMENTO DO IDOSO COM RELAÇÃO A SUA SAÚDE ORAL

O comportamento das pessoas é determinado pela percepção. Mesmo em países que mantêm programas dirigidos aos idosos, a razão para que estes não

procurem os serviços odontológicos é a não percepção de suas necessidades (SILVA, S.; FERNANDES, R., 2001).

O envelhecimento e a perda dos dentes realizam alterações significativas no meio oral. O aprendizado de novos reflexos e o treinamento de padrões menos familiares de movimento se tornam complicados e difíceis para uma pessoa idosa. Portanto, deve-se compreender que a passagem da condição de dentição normal para a de portador de dentadura, acarreta grandes problemas (FRANKS, A.; HEDEGARD, B., 1977).

A população idosa, quando não encontra amparo adequado no sistema público de saúde, pode sofrer agravamento das condições, muitas vezes ligadas ao envelhecimento, como acúmulo de seqüelas de doenças, desenvolvimento de incapacidades e a perda da autonomia e qualidade de vida (SILVA, S.; VALSECKI JR, A., 2000).

O paciente que se submete a tratamento odontológico busca, além de sua integridade física, um tratamento que lhe permita recuperar sua imagem pessoal e social, uma vez que a boa aparência é elemento facilitador nas trocas sociais e as pessoas são inicialmente julgadas por seu aspecto exterior (WOLF, S., 1998).

Os estudos relacionados à autopercepção demonstram a relação desta com fatores clínicos, tais como dentes cariados, perdidos e obturados, e fatores subjetivos, como sintomas de doenças e capacidade de sorrir, falar ou mastigar sem problemas, além de outros fatores como classe social, renda e sexo (MASCARENHAS, A., 1999; SLADE, G.; SPENCER, A., 1995).

A idade avançada pode alterar a habilidade para realizar higiene bucal, seja por deficiência física, por falta de motivação ou por desinteresse. A motivação é um

fator fundamental na prevenção e no tratamento dos idosos (GARBIN, C.; MOIMAZ, S.; MACHADO, T., 2003).

Na avaliação da população idosa, através de inquérito domiciliar na Universidade Federal de Pelotas – RS, foi realizada uma análise, na qual a população de baixa renda foi estudada, sendo a maioria do sexo feminino (64,3%) com média de idade de 65 anos. O total de idosos entrevistados foi de 182 idosos. Vinte e cinco por cento dos idosos entrevistados relataram escovar os dentes pelo menos uma vez ao dia, 26,5% duas vezes ao dia e 48,2% três ou mais vezes ao dia. No entanto, os dados fornecidos pelos indivíduos não coincidiram com o estado de saúde encontrado na pesquisa (FRARE, S., *et al* 1997).

Setenta e seis idosos internados em casas de repouso, hospitais, residências, asilos públicos e particulares foram examinados na cidade de Curitiba-PR. Os entrevistados a respeito de higiene oral pertenciam a classes sociais distintas, sendo que 14,9% dos idosos não escovavam os dentes diariamente e 57,4% de todos os entrevistados registraram ocorrência de cárie após os 55 anos de idade. De todos os pesquisados, 55,3% receberam informações sobre técnica de escovação e 43,7% sobre o uso do fio dental, sendo que 33,3% modificaram sua técnica de escovação por influência da televisão. 51,1% dos idosos faziam uso de enxaguador bucal, sendo que 31,8% dos entrevistados achavam desnecessário o bochecho antes da terceira idade (MELO, N. ;SETO, E.; GERMANN, E., 2001).

Na cidade de Taubaté foi aplicado um questionário e realizado exame clínico em 553 idosos institucionalizados. Da amostra, 20% dos idosos relataram dificuldades em realizar a higiene oral, sendo as causas a destreza manual prejudicada e a dependência de funcionários. Nos usuários de próteses totais, a freqüência de escovação mais relatada foi a de duas vezes ao dia (31,3%). Neste

trabalho, a estomatite de prótese se mostrou diretamente relacionada com a destreza manual prejudicada e inversamente relacionada com a frequência de escovação dentária (MARCHINI, L., *et al*, 2006).

No município de Piacatu – SP foi realizado um estudo que contou com 80 participantes, sendo que 72 eram usuários de prótese total. Foi avaliado o grau de higienização das próteses. A maioria dos participantes, ou seja, 42 indivíduos (58,32%) higienizavam suas próteses totais três ou mais vezes ao dia, ao passo que 29 indivíduos (40,27%) efetuavam higienização uma ou duas vezes ao dia e somente um participante relatou não higienizar sua prótese total diariamente (MOIMAZ, S., *et al*, 2004).

Os idosos entendem a importância de escovar frequentemente os dentes, contudo isso não está representando uma saúde oral adequada.

2.2 LESÕES BUCAIS FREQUENTES NA TERCEIRA IDADE

O envelhecimento do indivíduo ocorre assim como em todas as estruturas do organismo, a cavidade oral apresenta uma série de modificações que dão origem à queixas comuns, facilitam a presença de determinadas doenças, e produzem alterações funcionais. Todos os tecidos da cavidade oral sofrem atrofia e perda de elasticidade, desde a mucosa até as estruturas ósseas, passando pelos tecidos de sustentação e estruturas musculares (ALENCAR, Y.; CURIATTI, J., 1994).

A mucosa bucal do idoso pode apresentar, clinicamente, aspecto de normalidade, admitindo-se que seja menos resistente que a de um jovem. Isto ocorre por alterações celulares e metabólicas que tornam a mucosa mais atrofica e

sua elasticidade diminuída, ficando mais suscetível a lesões frente aos fatores traumáticos constantemente existentes na boca (FIGUEIREDO, M., *et al*, 1993).

A patologia oral pode ser identificada e tratada nas diversas regiões da cavidade oral. A patologia oral ocupa uma posição única nos cuidados com a saúde comunitária, tal como na profissão odontológica, assim como na médica. Os dentistas devem ter conhecimento da patogênese, aspectos clínicos, tratamento e prognóstico das doenças bucais e parabucais (SHIP, J., *et al*, 1993., NEVILLE, B., *et al*, 2004).

Estudo comparativo entre 118 idosos foi realizado com 43 internos no Asilo Lar Moriá em São Leopoldo-RS (grupo particular- P), 44 internos no Asilo Amparo Santa Cruz em Porto Alegre-RS (grupo filantrópico- F) e 31 idosos participantes da Universidade para terceira idade em Porto Alegre-RS (grupo independente-I). Observou-se que os fumantes do grupo F apresentaram 33 lesões bucais, enquanto que no grupo P nenhuma alteração foi diagnosticada e entre os idosos fumantes do grupo I verificou-se apenas uma lesão. O referido resultado foi o produto da distribuição dos idosos fumantes. No grupo F, onde 63,6% dos pacientes eram fumantes, diagnosticou-se o maior número de alterações de mucosa bucal, associadas ou possivelmente associadas ao uso do fumo (PADILHA, D.; NETO, M., 2000).

Três mil quatrocentas e sessenta idosos foram examinados (1.433 homens e 1.996 mulheres), todos com mais de 65 anos de idade. A amostra foi selecionada entre sete regiões espanholas. Os idosos, incluindo aqueles que viviam em instituições, foram selecionados aleatoriamente. Não foram encontradas lesões orais em 81,8% da amostra e as condições mais freqüentes foram de ulceração em 5,4% e candidíase em 3,3 % (RIBERA, J., 2001).

Os autores classificaram duas categorias de lesões que apresentam frequência proporcionalmente maior do que as outras categorias, que são as brancas (leucoplasia, lesões brancas por atrito, estomatite nicotínica do palato, linha Alba, mucosa do mascarador de tabaco, liquem plano) e as lesões relacionadas ao uso de dentadura: hiperplasia de mucosa por atrofia alveolar, hiperplasia por dentadura, estomatite por dentadura (SALONEN, L.; AXÉLL, T.; HELLDÉN, L., 1990).

Ao enfatizar que o câncer bucal está relacionado com a idade, autores apontam a necessidade de que os pacientes idosos sejam examinados periodicamente, mesmo que sejam edentados (BLINKHORN, R.; PROSKIN, H., 1993). Torna-se evidente a responsabilidade do profissional de saúde com relação ao diagnóstico precoce das lesões bucais (GARAFFA, V.; MACHADO, J., 2000).

A úlcera é um exemplo de lesão traumática, extremamente dolorosa, que pode aparecer associada à hiperplasia fibrosa inflamatória. As úlceras têm aparecimento prevalente com o uso de prótese que não tenha sido adaptada à condição do rebordo (GONÇALVES, L., 1995). Estomatite e queilite angular são as lesões inflamatórias crônicas mais comumente associadas com dentaduras (MACENTEE, M., 1985).

A Candidose é uma infecção fúngica bucal mais comum no homem. Tal incidência aumenta com a idade e a descoberta intra-oral da *C. albicans* pode ocorrer em cerca de 60% nos pacientes com dentes e idade acima de 60 anos que não apresentam sinal de lesão na mucosa oral (NEVILLE, B., *et al*, 2004).

O Toro palatino é definido como uma exostose comum que ocorre na linha média do palato duro. A origem pode ser genética ou relacionada a fatores ambientais, como o estresse mastigatório. O toro mandibular é uma exostose

comum que se desenvolve ao longo da superfície lingual da mandíbula. (NEVILLE, B., *et al*, 2004).

A queilite angular é um processo inflamatório localizado no ângulo da boca, uni ou bilateral, caracterizado por discreto edema, eritema, descamação, erosão e fissuras, com ocorrência freqüente de períodos de remissão e exacerbação espontânea. No tratamento da queilite angular é fundamental a correção dos fatores desencadeantes como, por exemplo, adequação de prótese dentária (PENNINI, S.; REBELLO, P.; SILVA, M., 2000).

A queilite angular prevalece nas pessoas que apresentam pregas profundas nas comissuras, em decorrência do fechamento excessivo da boca, associado à perda de dimensão vertical. A deposição de saliva nas comissuras aumenta a umidade local, favorecendo a proliferação de fungos (GONÇALVES, L., *et al*, 1995).

A Hiperplasia Fibro-epitelial Inflamatória é definida como um aumento tecidual, ocasionado pelo trauma resultante de próteses totais ou parciais mal adaptadas. Sua etiologia pode estar associada à inserção de novas próteses com bordos cortantes que exercem pressão excessiva sobre os tecidos bucais (COELHO, C.; ZUCOLOTO, S., 1998).

A hiperplasia fibrosa é uma lesão mais comum da mucosa bucal, representando uma resposta a traumas de baixa intensidade, tendo como fator principal a prótese mal adaptada. Outro tipo de hiperplasia é a papilomatosa inflamatória, que ocorre, na maioria das vezes, em pacientes portadores de prótese totais com câmara de sucção (GONÇALVES, L., *et al*, 1995).

As varicosidades são veias anormalmente dilatadas e tortuosas. A idade parece ser um fator etiológico importante, porque varizes são raras em crianças, porém comuns em idosos (NEVILLE, B., *et al*, 2004).

Os estudos da literatura mostraram que a presença de lesões de mucosa nos idosos está relacionada, na maioria dos casos, com próteses inadequadas e ausência de diagnósticos precoces.

2.3 COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS NA TERCEIRA IDADE

O envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento individual, cuja característica principal é a acentuada perda da capacidade de adaptação e menor expectativa de vida (AMÂNCIO, A.; CAVALCANTI, P., 1975). Existem algumas modificações anatômicas e funcionais que foram atribuídas exclusivamente ao envelhecimento (JACOB FILHO, W.; SOUZA, R., 1994).

As disfunções encontradas nos idosos devem ser interpretadas como fruto de excessiva demanda imposta a um sistema fisiologicamente incapaz de supri-las e/ou pela existência de processos patológicos que, embora geralmente camuflados nesta faixa etária, merecem toda atenção diagnóstica e terapêutica (BARBOSA, A. F.; BARBOSA, A. B., 2002).

Os indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentam alterações nos sistemas ósseo, articular, nervoso, respiratório, digestivo, endócrino, reprodutor urinário e circulatório, o que faz com que os idosos necessitem de um atendimento diferenciado (JACOB FILHO, W.; CHIBA, T., 1994).

As principais queixas dos idosos referem-se à fadiga, perda de peso, cefaléia e aos distúrbios do sono (MIGUEL FILHO, E.; ALMEIDA, O., 1994; SHINKAI, R.; CURY, A., 2000). Problemas psíquicos mais específicos estão ligados à depressão e à ansiedade, esta última ligada, muitas vezes, a fatores sócio-conômicos. A

complexidade do processo de envelhecimento envolve não apenas alterações biológicas, como também sociais e psicológicas (PESSINI, L., 1994).

Muitas doenças sistêmicas se manifestam com mais frequência na terceira idade, como a hipertensão, cardiopatias, diabetes, osteoporose, reumatismo, colesterol alto, entre outras. A artrite, doenças cardiovasculares, alergias, diabete e bronquite crônica eram as condições crônicas mais comuns que afligiam os idosos (MACENTEE, M., 1985).

As doenças cardiovasculares e o tratamento médico dispensado a pacientes cardíacos podem levar a emergências durante o tratamento dentário. Por isso, o controle constante da pressão arterial e da terapia anti-coagulante é indispensável (BARBOSA, A. F.; BARBOSA, A. B., 2002). A hipertensão arterial é um fator importante no que se refere à saúde geral dos idosos.

Estudos epidemiológicos coletados pelo Serviço Nacional de Saúde dos Estados Unidos colocaram em evidência a relevância dessa afecção. O estudo demonstrou que, enquanto a incidência de hipertensos entre a população geral é de 16%, a frequência aumenta de maneira expressiva entre as pessoas idosas, atingindo cerca de 50% dos indivíduos após 65 anos. Apesar de afirmações de que elevações significativas na pressão arterial do idoso podem não ser prejudiciais, existem evidências que essa condição constitui uma das grandes causas de morbidade e mortalidade entre jovens e idosos (CARVALHO FILHO, E.; PASINI, U., PAPAEO, N., 1994).

Diabetes, doenças cardiovasculares, nutricionais, hereditárias, congênitas, imunológicas, desordens hematológicas, genéticas, estresse emocional e tabagismo fazem parte de um grupo, no qual a periodontia vem desenvolvendo uma série de estudos, procurando relacionar os fatores sistêmicos aos agressores locais da

cavidade bucal. Isso é importante para melhor entendimento e conhecimento, visando o melhor diagnóstico e aprimoramento das condutas terapêuticas para alcançar maior precisão no prognóstico dos casos (COHEN, W.; ROSE, L., 2000). Os pacientes diabéticos têm alta prevalência de problemas odontológicos, como candidíase, secura bucal, cáries múltiplas e doença periodontal, que não cede às terapias convencionais (FAJARDO, R. GRECCO, P., 2003). A frequência da presença das doenças cardiovasculares é maior nos pacientes diabéticos e eles também estão mais susceptíveis a processos infecciosos, na hipótese de inadequado controle da doença (BARBOSA, A. F.; BARBOSA, A. B., 2002).

A artrite é um problema que acomete os idosos, sendo a maior preocupação para a odontologia a perda da habilidade manual necessária para desempenhar eficientemente a limpeza bucal (BREZINA, A., 1997). A higienização bucal pode se tornar difícil para pacientes com artrite e outras doenças reumáticas deformantes (BARBOSA, A. F.; BARBOSA, A. B., 2002). A função motora ou mental dos idosos, comumente, limita a higiene bucal, levando à deterioração dos tecidos periodontais e, na medida em que a susceptibilidade à infecção dos tecidos periodontais aumenta, o risco de recessão gengival e exposição da superfície radicular também crescem, predispondo o indivíduo ao aparecimento de cáries de raiz (BARBOSA, A. F.; BARBOSA, A. B., 2002).

A periodontite é um fator de risco para as doenças cardíacas coronarianas. A severidade e a prevalência da doença periodontal aumentam com a idade, sugerindo que fatores sistêmicos e/ ou problemas de saúde geral em indivíduos idosos possam influenciar na progressão da doença. (DUARTE, C.; CASTRO, M., 2001).

A necessidade de terapia medicamentosa, por parte do cirurgião-dentista nos pacientes idosos, deve ser ponto de especial atenção e requer preocupação redobrada, pois é muito comum, nessa população, a utilização simultânea de medicamentos variados recomendados pelo médico ou adquiridos sem prescrição médica (BARBOSA, A. F.; BARBOSA, A. B., 2002), podendo trazer como consequência para os pacientes, por exemplo, a boca seca, menor salivagem.

2.4 CONDIÇÃO PERIODONTAL DOS IDOSOS

Nos idosos, a perda dentária está relacionada à presença de doença periodontal (CHIAPINOTTO, G., 2000).

O desenvolvimento da doença periodontal não está correlacionado com o aumento da idade, mas sim com a suscetibilidade do paciente à doença, seja ele idoso ou jovem. O envelhecimento vem acompanhado por muitas mudanças no periodonto. Há indicações de que a placa muda e a reação do periodonto frente a esta placa também muda. Por isso, a inflamação do periodonto tende a progredir mais rapidamente, a taxa de cicatrização será menor e o periodonto terá maior suscetibilidade à doença (MARCACCINI, A.; SOUZA, P.; TOLEDO, B., 1997).

Os problemas odontológicos, talvez, sejam os mais freqüentes e menos valorizados dentro das afecções do aparelho digestivo dos idosos. Nesta fase da vida, a incidência de lesões de cárie se reduz em relação à juventude sendo substituída pelos problemas periodontais, facilitados pela retrusão natural dos tecidos somados às modificações quantitativas e qualitativas da produção de saliva,

à falta de cuidados com a higiene bucal e à baixa frequência de visitas ao cirurgião-dentista (CURIATI, J., 1994).

A perda das estruturas de suporte, com conseqüente perda de inserção epitelial e do osso alveolar, comumente verificada no paciente idoso, parece estar mais relacionada ao aumento da placa bacteriana e do cálculo dentário do que ao processo de envelhecimento dos tecidos (BARBOSA, A. F.; BARBOSA, A. B., 2002).

As periodontopatias, apesar de não serem doenças exclusivamente ligadas ao envelhecimento, podendo aparecer em outras etapas da vida dos indivíduos, têm seus reflexos mais sérios apresentados na velhice, sobretudo naqueles que não receberam tratamento adequado (AMÂNCIO, A.; CAVALCANTI, P., 1975).

Programas preventivos e pesquisas epidemiológicas dirigidos à população idosa são raros, porém, estudos demonstram uma relação direta entre idade e edentulismo, apesar deste não ser uma conseqüência natural do envelhecimento e apresentam, ainda, que as principais causas das perdas dentárias são a cárie dentária e a doença periodontal (FRARE, S., 1997; MENECHIM, M., 1999; PUCCA JR, G., 1998).

A alta prevalência das doenças periodontais na população brasileira adulta e idosa e as perdas dentárias nessas faixas de idade supõem que a doença periodontal, combinada com a ausência de condições de higiene bucal, levam a elevada porcentagem de edentulismo. O mesmo ocorre com a prevalência da cárie dentária nos idosos, associada com uma higiene bucal deficiente (DINI, E.; CASTELLANOS, R., 1993).

2.5 CÁRIE DENTAL NA TERCEIRA IDADE

A doença cárie esta entre as maiores causas das perdas dentárias na população idosa, cujo maior fator de risco é a higiene oral inadequada (SHIP 1993). Entre a população idosa, a incidência de lesões de cárie dentária se apresenta reduzida em relação às populações mais jovens, onde a doença é uma das principais causas de perdas dentárias (ELIAS, R., 2000; FRARE,S., *et al* 1997; MENEGHIM, M., 1999; ROSA, A., *et al*, 1992; SILVA, S.; VALSECKI, JR., 2000; WYATT, C., 2002).

A prevalência de cárie dentária pode ser definida como a quantidade de lesões de cárie existentes num dado instante, representando a história atual e anterior da doença. É medida pelo índice de CPOD, que representa o número de dentes cariados, perdidos e obturados, num dado momento (CHAVES, 1977). Após os 60 anos de idade, a cárie dental é um sério problema, o que sugere o desenvolvimento de medidas preventivas (ETTINGER, R., 1993).

Condições ligadas ao envelhecimento, como limitação da capacidade motora, prejudicando a correta higienização da cavidade bucal, diminuição do fluxo salivar, condições socioeconômicas, dificuldade de acesso a serviços odontológicos, falhas ou ausência de tratamento restaurador, resultam no grande contingente de idosos edentados existente e entre aqueles que ainda possuem dentes naturais, a condição clínica é precária (BELLINGS, R.; PROSKIN, H.; MOSS, M., 1996, CURIATI, J. 1994, SILVA, S.; VALSECKI, JR., 2000).

O envelhecimento populacional e a conseqüente expectativa de manutenção prolongada dos dentes na cavidade bucal, associados ao declínio da prevalência de cárie em jovens, motivaram uma maior atenção para a ocorrência de cárie radicular

em adultos (NICOLAU, B., *et al*, 1994). O aumento da perspectiva de um maior número de dentes, acometidos pela doença periodontal e lesões de cárie radiculares, justifica a importância de estudos epidemiológicos das condições bucais da população idosa para o desenvolvimento de programas odontológicos mais específicos para essa faixa etária (MENEHIM, M.; PEREIRA, A.; SILVA, F., 2002).

As superfícies radiculares podem se expor à cavidade bucal através de escovação dental incorreta, doença periodontal ou efeito colateral de seu tratamento. Desta forma, a superfície radicular encontra-se susceptível ao acúmulo de placa e possível desenvolvimento de lesões cariosas. O desenvolvimento de cárie ocorre por três fatores principais: o hospedeiro, a microflora e a dieta (STEFANI, C., *et al* 2000).

A cárie de raiz é um problema significativo entre os pacientes geriátricos e aqueles que sofreram terapia de radiação na região de cabeça e pescoço (NEWBRUM, E., 1998; HARA, A.; SERRA, M., 2001).

A cárie de cimento, cárie cervical, ou cárie senil, é uma lesão mole e progressiva da superfície radicular que envolve placa e invasão microbiana e está associada à doença periodontal, aparecendo somente após a exposição do cimento e, em conseqüência, torna-se mais prevalente com o aumento da idade (BECK, J., *et al* 1985; CAMARGO, P., *et al* 2001). Acomete mais freqüentemente molares inferiores, seguida pelos pré-molares inferiores e caninos superiores. Os dentes menos envolvidos são os incisivos inferiores (NEWBRUM, E., 1998).

Pacientes total ou parcialmente dependentes de ajuda para a manutenção da higiene bucal e aqueles que necessitam de cuidados médico-hospitalares podem desenvolver mais lesões (MACENTEE, M., 1993).

Os idosos com hábitos de higiene oral adequados diminuem o risco de cárie.

2.6 PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES CRANIOMANDIBULARES EM IDOSOS

As alterações na articulação temporomandibular ocorrem com o envelhecimento e estão relacionadas a doenças degenerativas, resultantes de sobrecarga na articulação, devida à não reposição de dentes perdidos, parafunção, esquema oclusal deficiente e traumas.

Em um estudo, analisou-se 201 pacientes edêntulos, usuários de prótese total de várias idades (47 a 89 anos). Observou-se que os pacientes idosos portadores de próteses totais apresentaram mais sinais e sintomas de disfunção do que os usuários mais jovens de prótese total (MERCADO, M.; FAULKNER, K., 1991).

Através de entrevistas e exames clínicos de 329 pacientes com idade entre 55 e 75 anos que possuíam um ou mais dentes naturais, constatou-se que 70% dos pacientes apresentavam desgaste dentário moderado e o mesmo percentual não apresentava dor ou ruídos articulares (VAN WAAS, M., *et al*, 1993).

A prevalência da disfunção temporomandibular foi estudada em 110 idosos israelenses entre 61 e 90 anos de idade, usando entrevistas e exames clínicos. Dentre os pacientes analisados, 69% possuíam pelo menos uma prótese total, 33% usavam algum tipo de prótese parcial removível e 9% possuíam dentes naturais. Registrou-se que 25,5% dos pacientes apresentaram estalos, 10% tinham sensibilidade na ATM e 35% experimentaram sensibilidade muscular quando realizada a palpação (SERFATY, V., *et al*, 1989).

Alguns autores salientam que o indivíduo que utiliza prótese total tem somente 25% da capacidade mastigatória, comparado a um indivíduo com todos os dentes naturais, interferindo, dessa forma, na digestão de alimentos (FRARE, S., *et al*, 1997).

Os idosos usuários de prótese total estão mais propensos a apresentar sintomatologia crânio-facial.

2.7 EDENTULISMO, CONDIÇÃO E NECESSIDADE PROTÉTICA NA TERCEIRA IDADE

A grande proporção de edentados totais entre a população idosa reflete a história da Odontologia dos últimos 80 anos no Brasil. O elevado número de próteses totais decorre de uma época, onde as extrações eram indicadas por médicos e cirurgiões-dentistas como medida profilática de doenças sistêmicas baseadas na teoria da infecção focal (SCELZA, M., *et al*, 2001).

A maioria das pessoas com 60 anos ou mais não apresentou dentes, e em muitas instituições para idosos, onde a média etária dos internos era mais de 70 anos, o edentulismo era regra, ao invés de exceção (MACENTEE, M., 1985).

Os autores apontam os principais motivos pelos quais a população dos Estados Unidos tem experimentado a diminuição da perda dentária, sendo que o processo seria devido ao surgimento do seguro odontológico, de novas tecnologias, de uma atitude mais positiva em relação à manutenção dos dentes e aos benefícios da moderna odontologia preventiva. Além disso, não são somente as doenças bucais as únicas razões para que a pessoa se torne edentada. Fatores históricos, sociológicos e psicológicos estão envolvidos (EKLUND, S.; BURT, B., 1994).

A prevalência do edentulismo difere substancialmente na maioria dos países do mundo. Alguns dos índices mais altos são encontrados no Reino Unido e na Nova Zelândia, e os mais baixos nos EUA. Em vários países, a prevalência do

edentulismo é maior em mulheres do que em homens (MERSEL, A.; BERENHOLC, R.; FIEZ-VANDAL, A., 1986).

O número de dentes perdidos no país que apresenta o nível de longevidade mais elevado em todo mundo, o Japão, varia de 5.2 em média aos 50 anos, a 20.1 aos 70 (WATANABE, I., 1995).

Em sete regiões dos Estados Unidos foi realizado exame clínico, em 5.649 pessoas com mais de 65 anos de idade, as quais compareceram a um centro de anciãos, durante um ano. A percentagem de edêntulos foi de 41% e variou com a idade e com a renda familiar. Aqueles com renda mais baixa eram 2,3 vezes mais propensos a serem edêntulos do que aqueles com a renda mais alta. A renda familiar esteve, também, associada com o número de dentes presentes. Aqueles com a renda mais baixa tinham, em média, 4 dentes a menos que aqueles com a renda mais alta (STEPHEN, M.; LINDA, M.; JACKSON BROWN, L., 1994).

As condições protéticas dos idosos suíços foram investigadas, apresentando uma média de 14.1 dentes naturais presentes. Em 23% dos indivíduos foram observados mais de 20 dentes. Somente dentes naturais ou combinados com próteses fixas foram encontrados em 54% dos casos, enquanto que 46% apresentavam dentes naturais em combinação com próteses parciais (LUNDGREN, M; EMILSON, C.; OSTERBERG, T., 1996).

Em sete regiões espanholas foram examinados 3.460 idosos (1.433 homens e 1.996 mulheres) todos com mais de 65 anos de idade. Os idosos, incluindo aqueles que viviam em instituições, foram selecionados aleatoriamente. Eram edêntulos 31% dos indivíduos da amostra, entre os institucionalizados o percentual de edentulismo foi de 43%. Em relação à condição protética, 13,35% dos indivíduos

não utilizavam nenhum tipo de prótese inferior e 10,12% nenhum tipo de prótese superior (RIBERA, J., 2001).

Uma pesquisa foi realizada em pacientes do Asilo Padre Cacique, Porto Alegre Brasil e no Victoria Ward, Bancroft Unit- Mile End Hospital, Londres-Inglaterra. Ao todo foram examinados 102 pacientes brasileiros e 87 ingleses. O exame intra-oral foi realizado com iluminação artificial, espelho odontológico e sonda exploradora, segundo a indicação da Organização Mundial de Saúde(OMS). A média de idade foi de 73,6 no Brasil e 82 anos na Inglaterra. Constatou-se que a presença ou ausência de dentes teve relação significativa com o grupo examinado, sendo que um número significativamente maior de ingleses era totalmente desdentado. A média de dentes por indivíduos também foi maior entre os brasileiros. Entretanto, quando os indivíduos completamente edentados eram excluídos da análise, a média de dentes por indivíduo entre ingleses foi de 9,93 contra 8,53 entre os brasileiros. O percentual de pacientes totalmente edentados no grupo examinado na Inglaterra, ao contrário de uma possível expectativa inicial, foi maior que o percentual de edêntulos no grupo de brasileiros e a média de dentes por indivíduo também foi maior entre os idosos brasileiros. A percentagem de dentes cariados entre os brasileiros foi maior do que entre os ingleses (PADILHA, D.; SOUZA, M., 1997).

Participaram de um estudo 52 pacientes submetidos à reabilitação oral total da Clínica de Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas. Os pacientes eram de ambos os sexos e nível sócio-econômico predominantemente baixo. Eles responderam a um questionário e, a partir das respostas, concluiu-se que os pacientes com desejo de prótese total apresentaram idade superior ou igual à 50 anos (75%) e baixo nível de escolaridade.

Demonstraram que a perda dos dentes, na maioria (59,6%), foi devido à cárie dentária e à doença periodontal. A maioria dos pacientes apresentou maior preocupação com a mastigação e não com a estética (DOMITTI, S.; QUELUZ, D., 2000).

Nos Estados Unidos foi registrado que 59% dos indivíduos que usam dentadura têm mais de 55 anos. As próteses totais ou parciais são mais encontradas na maxila do que na mandíbula. A queixa mais comum diz respeito à retenção das próteses totais inferiores, encontrada em 50% da amostra. Cerca da metade da amostra estudada usa dentaduras as quais foram consideradas instáveis pelos investigadores (BERCKEY, D.; BERG, R., 2001).

Os idosos institucionalizados e de baixa renda apresentaram necessidade e uso de prótese total.

2.8 SAÚDE ORAL DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL

Em São Paulo foi realizado um estudo em uma amostra geriátrica, o qual foi integrado a uma pesquisa internacional promovida pela Federação dentária Internacional (FDI). O objetivo principal foi fornecer um padrão referencial do estado de saúde bucal da população de 60 anos ou mais. Foram examinados 236 idosos, de ambos os sexos, os quais foram divididos em três grupos por região geográfica: região central, área intermediária, área periférica. Foram utilizadas fichas de levantamento da OMS. Foram examinados indivíduos em instituições e em domicílio. Dos indivíduos examinados no domicílio, 65% eram edêntulos e destes 76% usavam prótese total superior e inferior. O restante usava apenas prótese superior (13%) ou

necessitava de prótese total superior e inferior (11%). Em relação aos examinados nas instituições, somente 30% usavam prótese total superior e inferior. A diferença de pessoas desdentadas usando prótese total entre os dois grupos deve-se ao fato de as pessoas institucionalizadas serem de baixa renda. Em relação às outras necessidades protéticas, entre os examinados no domicílio 18% necessitavam de próteses parciais superiores ou inferiores, enquanto nas instituições somente 7% apresentavam esse tipo de demanda. O percentual de edêntulos foi de 65% no domicílio e 84% nas instituições. A lesão mais prevalente foi a estomatite protética. A Cárie dental atacou aproximadamente 30 dentes em ambos os grupos (CPOD= 29,03 e CPOD = 30,97) (ROSA, A., *et al*, 1992).

No município de São Paulo foi realizada uma pesquisa com três grupos de pessoas, num total de 257 indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Idosos funcionalmente independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes. A população examinada pode ser caracterizada como predominantemente de baixa e média renda, considerando que estes dois extratos concentraram 90% do total. A cárie dental ou suas conseqüências finais (extrações) foi diagnosticada em 100% da amostra. O CPOD dos idosos independentes foi igual a 28,74, os idosos dependentes tiveram o CPOD igual a 31,02 e os parcialmente dependentes CPOD= 30,60. Do total de 257 examinados, apenas quatro pessoas apresentaram um índice CPOD igual ou inferior a 10, ao passo que 188 não possuíam qualquer dente sadio (edêntulos ou não). Encontrou-se uma média de 30,4 dentes atacados (94%) e somente 1,96 dentes sadios (6%) por indivíduo. As diferenças das médias entre os grupos são estatisticamente significantes, a um nível de confiança de 95% em todos os casos, favorecendo sempre os idosos funcionalmente independentes. Cinquenta e dois por cento dos idosos

funcionalmente independentes foram diagnosticados como edêntulos, 78% dos parcialmente dependentes e 85% dos inteiramente dependentes, com uma média global de 70%. No presente estudo predominaram as pessoas com bolsas superficiais ou profundas as quais, em conjunto, representaram 64,5% do total dos casos (5% só sangramento, 20% com cálculo e 10,5% sadios). Somente 8 pessoas das examinadas não necessitavam nem usavam nenhum tipo de prótese, sendo que elas pertenciam ao grupo de idosos independentes de alta renda. Dos idosos examinados, 47% usavam prótese total, 6% parcial, 38% necessitavam de prótese total e 5% parcial, nos maxilares. Essas proporções para mandíbula foram respectivamente 31%, 6%, 48% e 10%. As pessoas funcionalmente independentes eram as que mais usavam próteses de qualquer tipo e as que menos necessitavam de próteses superiores, sendo também as que mais precisavam de consertos. As lesões de mucosa relacionadas ao uso de prótese mostraram uma prevalência, sem dúvida preocupante, sendo que 7,8% com estomatite, 0,4% com ulceração, 10,5% com hiperplasia e 3,1% com outras lesões (ROSA, A.; CASTELLANOS, R.; PINTO, V., 1993).

Na Universidade Federal de Pelotas – RS, foi realizada uma pesquisa através de inquérito domiciliar, que visava obter alguns dados da condição bucal dessas pessoas. A população estudada era de baixa renda, sendo a maioria do sexo feminino (64,3%) com média de idade de 65 anos (sendo incluídos indivíduos com 55 anos ou mais), com amostra de 182 idosos. Dos idosos, 64,6% eram edentados totais e somente 73,4% destes faziam uso de prótese, sendo a maioria prótese total superior. Foi observado grande número de portadores de Candidíase, periodontite severa e hiperplasia no palato, devido ao uso de prótese total com câmara de sucção (FRARE, S., *et al*, 1997).

Em Araçatuba - São Paulo, entre os 97 indivíduos institucionalizados examinados, pertencentes a três instituições de amparo ao idoso, a faixa etária de 60 a 80 anos representou 47,42% da amostra. No total, 57,73% não apresentavam doença de ordem geral, o número médio de dentes perdidos foi de 18,5 e o CPOD médio foi de 25,10. Foram encontrados 69% totalmente edentados e 31% parcialmente dentados. Entre os desdentados, 48% usam pelo menos uma prótese total e 52% não usam nenhum tipo de prótese. Os autores concluem que os idosos institucionalizados não têm acesso ao atendimento odontológico (SALIBA, C., *et al*, 1999).

Os mesmos autores, no município de Araçatuba (SP-Brasil), aplicaram um questionário contendo informações gerais e específicas sobre o estado de saúde bucal dos idosos. Formaram a amostra da pesquisa 90 indivíduos (com faixa etária predominante entre 60 e 80 anos) pertencentes a três instituições de amparo ao idoso. Dos indivíduos entrevistados, 62,2% responderam que eram totalmente edentados e 50% que usavam algum tipo de prótese. Entre os desdentados totais, 53,3% não usavam nenhum tipo de prótese. Os autores concluíram que esta parcela da população é capaz de avaliar suas necessidades e seus problemas orais (SALIBA, C., *et al*, 1999).

A população geriátrica residente no “Lar dos Velinhos”, na cidade de Piracicaba – SP, participou de um estudo, com 151 idosos de idade variando entre 53 e 94 anos, de ambos os sexos. Os idosos foram examinados sob luz natural, por um único examinador. Os resultados mostraram CPOD igual a 30,75 entre os idosos de 50 a 75 anos de idade e CPOD igual a 31,51 nos com idade acima de 75 anos, revelando uma participação pequena dos cariados e obturados (1%), cabendo aos componentes a extração indicada e, principalmente, ao componente extraído a

maior contribuição para os altos valores encontrados no CPOD. A média de edêntulos na população examinada foi de 80,2%, chegando a 85,6% na faixa etária de mais de 75 anos. O número de pessoas que não utilizam nenhum tipo de prótese chega a 76,5% para o arco inferior e 50,6% para o arco superior. A percentagem de necessidade de prótese foi de 64,2% para o arco superior e o mesmo valor para o arco inferior. Apenas 33,6% das pessoas não necessitavam de prótese no arco superior e 19,8% não necessitavam no arco inferior (PEREIRA, A.; SILVA, F.; MENEGUIM, M., 1999).

As condições de saúde oral de um grupo pertencente à terceira idade, usuários dos serviços odontológicos da O C M (Odontoclínica Central da Marinha), no Rio de Janeiro, Brasil, composta por 134 pacientes, com média de 67 anos, foram examinadas. Do total de 134 examinados apenas 8 pessoas apresentaram um índice de CPOD igual ou inferior a 16. Entretanto, 11 não possuíam qualquer dente sadio (edêntulo ou não). A média, por pessoa, foi de 25,12% dentes cariados e 6,88 dentes sadios. O número de edentados totais superiores e inferiores foi igual a 9. Eram edentados totais superiores 29 indivíduos e edentado total inferior 1 idoso. O total de idosos com bolsas superficiais e profundas foi de 36,22%. Apenas 7 das 134 pessoas examinadas não usavam e nem necessitavam de qualquer tipo de prótese, parcial ou total. Isto demonstra que cerca de 94,78% dos idosos estão situados na área pertinente à prótese odontológica (CHAGAS, I.; NASCIMENTO, A.; SILVEIRA, M., 2000).

As condições de saúde bucal das pessoas com 60 anos ou mais no Município de Araraquara, Estado de São Paulo foram estudadas. Participaram do estudo 194 pessoas (91 institucionalizadas e 103 não institucionalizadas) todas com 60 anos ou mais. Os exames foram realizados por um cirurgião-dentista com uso de luz artificial,

sonda exploradora, espelho clínico, sonda perodontal da OMS e foi utilizada a ficha clínica preconizada pela OMS. Quanto aos resultados obtidos, 63% dos indivíduos examinados eram do sexo feminino. Nos institucionalizados o edentulismo foi de 72% e nos não institucionalizados foi de 60%. O CPOD dos idosos institucionalizados foi igual a 30,91 e dos não institucionalizados 30,27. O índice CPOD revelou que 90% dos dentes estavam perdidos: as pessoas apresentaram menos de 2 dentes hígidos. Alguma diferença estatística significativa entre os dois grupos foi encontrada apenas para o número de dentes cariados. Entre os institucionalizados, 63% utilizavam prótese dentária e 61% tinham a necessidade de prótese. Nos não institucionalizados, 83% utilizavam prótese e 80% tinham a necessidade de prótese. Entre as pessoas institucionalizadas a prótese estava em uso: em média havia 21 anos, e 13,5 anos nas não institucionalizadas. Um número significativo das próteses em uso estava em condições insatisfatórias e necessitava de substituição (SILVA, S.; VALSECKI, JR., 2000).

Cento e três indivíduos pertencentes ao programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da Universidade Federal Fluminense, de ambos os sexos e com mais de 60 anos, participaram de uma pesquisa. O exame clínico intrabucal foi realizado e foi observado que 11,1% das mulheres e 4,5% dos homens usavam próteses parciais superiores. Quanto às inferiores, 14,8% e 13,6 % eram usadas pelas mulheres e pelos homens, respectivamente. Usavam prótese total superior 77,8% das mulheres e 54,5% dos homens. As próteses inferiores eram utilizadas por 38,3% e 13,6% de mulheres e homens respectivamente. A parcela de pacientes edentulos foi de 47,60%. Em relação ao índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) na população estudada, o exame da cavidade bucal mostrou que

a mediana para mulheres foi de 32,0 e para os homens 29,5 (SCELZA, M., *et al* 2001).

O Ministério da Saúde fez uma análise epidemiológica sobre a saúde bucal da população brasileira. O estudo foi dividido em cinco macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e 250 municípios foram sorteados. Foi constatado que a incidência de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos estavam elevados. A identificação de bolsa periodontal durante o exame indica agravamento das condições periodontais, relacionadas à presença e/ ou risco de infecção. A região da boca excluída do exame reflete incapacidade funcional gerada por mobilidade e/ou perda do órgão dental. Nessa análise, metade dos idosos apresentou, pelo menos, um sextante da boca excluído. Foram excluídos 69,97% de sextantes. O índice CPOD para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,79. Isto significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas conseqüências. Usavam algum tipo de prótese superior 71,29% e inferior 31,78%. Quanto à necessidade do uso de prótese na região Sudeste, 50,71% e 26,81% necessitavam de próteses inferior e superior, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

O estudo transversal que fez parte do levantamento das Condições de Saúde Bucal do Estado de São Paulo foi realizado. A amostra foi composta por 101 idosos da cidade de Rio Claro - SP, de ambos os sexos, com idades entre 65 e 74 anos. Os idosos apresentaram CPOD médio de 31,09, observando-se um grande número de dentes perdidos (n= 2.909), a saber, uma média de 28,80 dentes, o que representou cerca de 92,64%. A média de dentes hígidos foi de 0,91. Com relação à doença periodontal, verificou-se que dos 101 idosos, apenas 27% apresentavam pelo menos alguns dentes para avaliação deste índice. A perda de inserção com maior

freqüência foi entre 0 e 3mm com uma percentagem de 85,2%. Dos examinados, 52,48% usavam prótese total superior e 35,64%, inferior. A necessidade de próteses totais foi de 48,51% para superior e 45,54 % para inferior. Houve alta prevalência de edentulismo nos idosos: 74,25% edêntulos (SILVA, D.; SOUZA, M.; WADA, R., 2004).

Um estudo foi realizado em Biguaçu, cidade de Santa Catarina, com amostra de 278 idosos (idade maior do que 60 anos) da zona urbana e rural. O exame foi realizado na casa dos indivíduos por dois examinadores e 2 anotadores, seguindo as normas da OMS, com espelho bucal, espátulas de madeira descartáveis. Os dados foram armazenados e examinados no Epi-Info 6.04, sendo que os dados referentes ao índice CPOD foram analisados com a utilização do programa Epi Dente. Eram do sexo feminino 64,6% e 35,4% do sexo masculino, a renda familiar ficou em: 1,3 a 2,4 salários mínimos 56,5% indivíduos e 2,5 a 5,3 salários mínimos em 30,08%. Dos idosos examinados, referiram-se a alguma doença sistêmica 79,4% e faziam Ingestão de medicamentos 69%. O menor CPOD encontrado foi 6, sendo que apenas cinco indivíduos apresentaram valor abaixo de 16. Os idosos tinham, em média, 2,9 dentes hígidos, sendo os incisivos inferiores os dentes que mais freqüentemente apresentaram essa condição. A análise dos componentes evidenciou a grande participação dos dentes extraídos no índice CPOD (92%), dos quais destacam-se os primeiros molares inferiores, que eram ausentes em cerca de 96% da amostra. O número médio de dentes extraídos foi de 26,6%. Eram edêntulos totais 48,3%, edêntulos parciais 28,8%. Edêntulos totais com prótese 86,56% e sem prótese 13,43% (COLUSSI, C.; FREITAS, S.; CALVO, M., 2004).

No distrito de saúde Leste da cidade de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, foi realizado um trabalho a respeito de saúde oral. Foi selecionada uma

população de 833 indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. A população foi selecionada durante a Campanha de Vacinação do Idoso ocorrida em abril de 2003. Participaram da pesquisa 31 cirurgiões-dentistas examinadores e seus respectivos anotadores, pertencentes às unidades básicas de saúde do Distrito. O exame clínico foi realizado de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde para levantamentos básicos em saúde bucal. O valor médio do índice CPOD para a população estudada foi de 27,68. O componente cariado representou 2,39% de índice e o perdido 85,66%, uma média de 0,66 dente cariado e de 23,71 dentes perdidos por indivíduo. Considerando o número médio de dentes perdidos, 32,41% dos indivíduos eram edêntulos totais e 67,58% eram desdentados parciais. Somente 13,49% dos dentes examinados estavam livres de cárie. O uso de próteses foi 82,24% (n= 685) dos indivíduos examinados, sendo que a maioria (32,41%) fazia uso de prótese total superior e inferior. Dentre os que utilizavam próteses, 25,40% (n=174) necessitavam de substituição e 74,60 (n=511) apresentavam condições adequadas de uso das próteses. Próteses com problemas foram identificadas em 20,88% dos indivíduos (174 casos). Metade dos indivíduos necessitava de terapia protética, sendo que, para 49,10% destes, próteses fixas seriam indicadas. O edentulismo, em ambos os maxilares, foi observado em 32,41% da população idosa (CHRISTOFORO, S., *et al*, 2005).

Outro estudo foi realizado na instituição filantrópica Lar Torres de Melo, na cidade de Fortaleza, CE. O público-alvo constituiu-se de 160 idosos institucionalizados com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos. O exame clínico bucal dos idosos foi realizado por uma única pesquisadora devidamente qualificada e treinada. O índice CPOD dos idosos asilados foi bastante elevado, com valor de 29,73. O componente dente perdido apresentou o maior valor

(28,42%). Dos indivíduos examinados, 109 (68,1%) apresentaram um CPOD igual a 32, o que significa que não possuíam nenhum dente hígido; 93 idosos (58,1%) eram totalmente desdentados. Quase 90% dos dentes estavam perdidos. A respeito do uso de prótese (total e removível), 112 (70%) idosos não faziam uso de prótese superior e 130 (81,3%) de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese (total e removível), 135 (84,4%) necessitavam de algum tipo de prótese superior e 142 (88,7%) de prótese inferior. Dos 960 sextantes examinados nos participantes, 843 (87,8%) foram excluídos por possuírem menos de dois dentes presentes ou estarem indicados para extração. Os 117 sextantes presentes nos 160 indivíduos, apenas 13 (11,1%) eram sadios; a maioria (83,8%) apresentava cálculo dentário (GAIÃO, L.; ALMEIDA, M.; HEUKELBACH, J., 2005).

Os 553 idosos institucionalizados na cidade de Taubaté foram examinados clinicamente e entrevistados. Os exames foram realizados pelos profissionais nas instituições em que os idosos estavam internados. A maioria dos participantes da pesquisa foi composta de mulheres (64,7%). Um total de 36,2% dos indivíduos usava algum tipo de prótese dental. Usavam próteses parciais fixas ou removíveis 8,7% da amostra e 27,5% eram usuários de próteses totais. A estomatite de dentadura foi encontrada em 19,5% dos indivíduos. A doença periodontal foi diagnosticada em 73,3% das pessoas dentadas e a cárie em 54,7%. Houve relação significativa entre o sexo e o uso de prótese dentária, entre a idade e o edentulismo. A presença de cárie mostrou uma relação inversa com a escovação dental (MARCHINI, L., *et al*, 2006).

Nos trabalhos estudados, constatou-se que a grande maioria dos idosos examinados apresentou a condição oral precária.

OBJETIVOS

3- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Este trabalho teve o objetivo de avaliar a condição bucal dos idosos que freqüentam o Convento Santo Antônio no Centro da cidade do Rio de Janeiro- RJ, conforme características sócio-demográficas e hábitos relacionados a saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estudar a prevalência de índices de saúde bucal propostos pela Organização Mundial de Saúde(OMS), tais como lesões bucais, disfunções temporomandibulares, índice periodontal comunitário (IPC), dentes cariados, restaurados e perdidos por indivíduo (CPOD), condições protéticas e necessidades protéticas.

Avaliar a freqüência de hábitos de tabagismo, alcoolismo e higiene oral.

Avaliar a presença de complicações sistêmicas e uso de medicamentos.

Analisar a influência dos fatores demográficos e de hábitos de saúde sobre a condição bucal dos idosos.

HIPÓTESES

4- HIPÓTESES

H1- A condição de saúde bucal da população idosa é precária com alta prevalência de doenças bucais e alta necessidade de tratamento.

H2- A prevalência de doenças orais na população estudada pode ser influenciada por fatores demográficos.

H3- A prevalência de doenças orais na população estudada pode ser influenciada por hábitos relacionados à saúde.

METODOLOGIA

5- METODOLOGIA



FIGURA 1A – Fotografia do Convento Santo Antônio, localizado no Centro da cidade do Rio de Janeiro-RJ.

FIGURA 1B- Fotografia da Tenda onde foram realizados os exames, montada na lateral do Convento Santo Antônio.

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, passou pela aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, processo n. 46/06 (anexo p.116). Todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento (anexo p.113) autorizando o exame e o uso dos resultados obtidos.

O Centro do Rio de Janeiro-RJ é considerado o centro financeiro da cidade, onde existem inúmeros comércios, além de estabelecimentos bancários e empresariais, e uma movimentação muito grande de pessoas dos diversos bairros da cidade do Rio de Janeiro. O Convento Santo Antônio recebe, diariamente, a visita de inúmeras pessoas, inclusive idosos, para suas missas diárias. Esses visitantes são moradores de diversos bairros do Rio de Janeiro (FERNANDES,C.;FERNANDES,L.;BJÖRN,A.,1991, MENEZES, R., 2004).

Uma tenda foi montada em um local iluminado e, ao mesmo tempo visível, no Convento Santo Antônio, para que os freqüentadores com mais de 60 anos pudessem participar da pesquisa. Nossa presença no Convento foi divulgada por cartazes espalhados por diversos locais e, também, por avisos dados pelos Freis ao término das Missas durante o período do estudo.

A amostra inicial era de 282 indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que freqüentaram o Convento Santo Antônio no período dos exames. Dezenove dos indivíduos informaram não ter interesse em participar do estudo. O número total foi, portanto, de 263 sujeitos.

Foi determinado que os exames seriam realizados no período de sete meses. Os exames foram realizados às terças-feiras, no período de Novembro de 2005 a Maio de 2006, sendo que os interessados em participar do estudo procuraram o atendimento às terças-feiras, por ser o dia de maior número de missas e, conseqüentemente, maior movimento, em média mil e quinhentas pessoas.

A ficha clínica que foi utilizada foi a de Avaliação de Saúde Bucal-OMS 1997(anexo p.116), a qual foi preenchida com os dados dos idosos examinados. Também foi realizado um questionário com os idosos. Na ficha padronizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para pesquisas epidemiológicas sobre saúde bucal existem campos para avaliação da fluorose dentária, opacidades de esmalte/hipoplasia e anomalias dentofaciais. Estes não foram utilizados no presente estudo por não serem pertinentes ao estudo proposto.

O exame clínico foi realizado pelo mesmo profissional, com a ajuda de um assistente para anotações. Na ficha da OMS foram preenchidas as informações gerais dos pacientes, os quais apresentavam alguma documentação. Foi realizado o

exame extrabucal e avaliação da articulação temporomandibular, além da condição da mucosa bucal.

Para avaliar a condição dos dentes e necessidades de tratamento, foram registradas a presença de coroas híbridas, cariadas, restauradas, com e sem cáries, dentes ausentes devido à cárie ou por outros motivos, suporte para próteses, coroas protéticas ou facetas/implantes, dentes não erupcionados, traumatismos e não registrados, segundo critérios da OMS. Desse modo, o índice para verificar a experiência de cárie foi o CPOD, que totaliza o número de dentes cariados, restaurados/obturados e perdidos por indivíduo.

A avaliação das condições periodontais foi realizada usando o Índice Periodontal Comunitário (IPC), o qual aborda três indicadores das condições periodontais: sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais, onde a cavidade bucal é dividida em sextantes, cada qual com seus dentes índices. Um sextante deveria ser examinado somente se existissem dois ou mais dentes presentes (desde que não tivessem indicados para exodontia). Na ausência de dentes índices em um sextante qualificado para o exame, todos os dentes remanescentes naquele sextante foram examinados e o índice mais alto registrado. A média dos seis sextantes foi aferida como IPC médio para cada indivíduo.

A perda de inserção periodontal foi obtida por exames realizados com base nos dentes indicadores, tendo, dessa forma, uma estimativa da destruição acumulada durante a vida útil da inserção periodontal.

A avaliação das condições de cárie da coroa (CPOD), o IPC e a perda de inserção, foram realizadas com sondas milimetradas preconizadas pela OMS. Os sextantes nulos (sem pelo menos dois dentes presentes e não indicados para

exodontia) foram avaliados nesta análise, como pior condição, ou seja, perda dos dentes.

A presença e a necessidade de próteses dentárias foram registradas tanto para maxila quanto para mandíbula. O termo condição protética superior e inferior e necessidade protética superior e inferior foi escolhido de acordo com a literatura usada, objetivando manter coerência com a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Superior representando maxilar e inferior mandibular.

O questionário (anexo p.113) foi realizado para obtenção de dados complementares e relevantes a respeito dos idosos. Foram feitas perguntas relacionadas ao hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, renda familiar, frequência de escovação dentária e uso de algum medicamento.

No final do exame clínico e da entrevista, os idosos receberam um brinde (escova dental, dentifrício fluoretado e pastilha dietética Valda) e aqueles com necessidade e interessados em atendimento odontológico foram encaminhados para Universidade Veiga de Almeida, onde uma funcionária ficou responsável por encaminhar estes pacientes para as disciplinas indicadas.

O levantamento foi realizado por um único examinador e a análise de concordância foi feita através de exames em 20 pessoas em dois dias diferentes, com intervalo de uma semana.

A análise quantitativa dos dados foi realizada a partir de técnicas da estatística descritiva e, para tanto, utilizou-se o software SPSS. Foi aplicado o teste de correlação de Spearman, o teste de Fischer e o Qui- quadrado. A análise de regressão logística foi utilizada para identificar o melhor modelo de predição dos

resultados. Diferenças foram aceitas como estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

6- RESULTADOS

Duzentos e sessenta e três idosos, que freqüentaram o Convento Santo Antônio no período de sete meses, entre 60 e 86 anos de idade, foram examinados.

A distribuição desse grupo, segundo a faixa etária, foi realizada, sendo o maior número de idosos (65,7%) concentrado nas faixas de 60-65 anos e 66-71 anos. (tabela 1)

Tabela 1- Distribuição dos 263 idosos examinados pela faixa etária

<i>Faixas etárias</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
60-65	79	30
66-71	94	35,7
72-77	58	22,1
78-83	23	8,7
84-86	9	3,4
TOTAL	263	100,0

Entre os 263 examinados, havia 50 homens e 213 mulheres. No questionário relativo ao hábito de fumar, 21 eram fumantes, 204 não fumantes e 38 ex-fumantes. Consideraram-se alcoolistas 24 (9%) dos entrevistados e 239 (91%) afirmaram não fazer uso de bebida alcoólica ou fazer apenas socialmente. Faziam uso de algum medicamento 200 idosos e 63 não usavam nenhum medicamento. (tabela 2)

Tabela 2 - Resposta dos 263 indivíduos idosos entrevistados no Convento Santo Antônio, perguntas relacionadas ao hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica e uso de medicamentos.

	n	%
Mulheres	213	81
Homens	50	19
Fumantes	21	8
Não fumantes	204	76,6
Ex- fumantes	38	14,4
Alcoolista	24	9
Não alcoolista	239	91
Usa algum medicamento	200	76
Não usa nenhum medicamento	63	24

A classe social dos idosos estudados foi dividida em quatro grupos: renda familiar de um salário mínimo 102 indivíduos, renda familiar de dois salários mínimos 42 pessoas, entre três e quatro salários foram 51 e com renda maior do que cinco salários foram 68 idosos. Na tabela 3 os indivíduos foram distribuídos segundo a faixa etária e a renda familiar, onde se constatou que em todas as faixas etárias a maioria dos indivíduos possuía a renda mensal de um salário mínimo. A faixa etária que apresentou a maior renda foi dos 72 aos 77 anos, onde 31,3% deles tinham uma renda mensal superior a 5 salários mínimos.

Tabela 3- Distribuição da resposta dos 263 idosos ao questionário segundo a faixa etária e a renda familiar

Faixa etária	1 salário		2 salários		Entre 3 e 4 salários		Maior ou igual a 5 salários	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
60-65	32	12,2	14	5,4	13	4,9	20	7,6
66-71	34	12,9	16	6	20	7,6	24	9,1
72-77	21	7,9	7	2,7	12	4,5	18	6,9
78-83	8	3	3	1,2	7	2,7	5	1,9
84-86	5	1,9	2	0,8	1	0,4	1	0,4
TOTAL	100	38	42	16	53	20	68	26

Na pergunta a respeito da freqüência de escovação dentária, 40 idosos escovam os dentes uma vez por dia, 75 duas vezes por dia, 139 três vezes por dia e 9 indivíduos apenas uma vez por semana. Na tabela 4 foi realizada uma distribuição segundo a renda familiar e a freqüência de escovação. Foi observado que a maioria dos idosos, independente da renda mensal, realizava escovações dentárias duas ou três vezes ao dia.

Tabela 4– Distribuição dos 263 idosos pela renda familiar segundo a freqüência de escovação

	Algumas vezes na semana		1 vez por dia		2 vezes por dia		3 vezes por dia	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
1 salário	7	2,7	31	11,7	34	12,9	28	10,6
2 salários	0	0	5	2	13	5	24	9,1
Entre 3 e 4 salários	2	0,8	3	1,1	13	5	35	13,3
Mais do que 5 salários	0	0	2	0,8	17	6,4	49	18,6
Total	9	3	41	16	77	29	136	52

A complicação sistêmica não esteve presente em 92 (35%) dos idosos examinados, 74 (28,1%) eram hipertensos, 31 (11,8%) cardiopatas, 21 (8%) eram diabéticos,13 (4,9%) apresentavam o colesterol alto, 7(2,7%) tinham osteoporose, 5(1,9%) apresentavam algum problema no sistema nervoso, 4 (1,5%) tinham hipotireoidismo, 4 (1,5%) tinham gastrite, 3(1,1%) bronquite, 2 (0,8%) alérgicos e as demais alterações afetaram apenas um indivíduo cada uma.

Na amostra, 198 (75,3%) idosos apresentaram a cavidade bucal sem alterações, 31 com ulceração, 20 com Candidíase, 7 com queilite angular, 2 com hiperplasia, 8 com torus mandibular, 1 com torus palatino, 1 com variz trombosada no lábio inferior, 1 com fítula e 1 com nevo.

A presença de lesão bucal não teve correlação significativa com o hábito de fumar e beber (Teste de correlação de Spearman, $p= 0,031$). A correlação foi negativa (Teste de correlação de Spearman, $p=0,102$) entre a presença de lesão

bucal e o hábito de fumar. A correlação entre a presença de lesão bucal e o alcoolismo também foi negativa (Teste de correlação de Spearman, $p= 0,645$).

Cento e vinte indivíduos apresentaram doença periodontal, isso representa 45,6% da amostra. Os demais indivíduos ou não apresentavam os sextantes ou tinham dentes hígidos. No estudo de lesões periodontais foram feitas algumas correlações entre a presença de lesão e o fumo (Teste de correlação de Spearman, $p= 0,271$), o álcool (Teste de correlação de Spearman, $p= 0,009$) e os dois simultaneamente (Regressão logística bivariada, $p= 0,013$) e não foi encontrado resultado significativo em nenhum dos casos. A relação entre as lesões periodontais e o gênero não foi significativa (Teste de correlação de Spearman, $p= 0,496$), assim como com as complicações sistêmicas (Teste de correlação de Spearman, $p= 0,370$).

Na tabela 5 estão relacionados os dados quanto ao Índice Periodontal Comunitário (IPC) nos indivíduos da pesquisa. Foram avaliados 1.578 sextantes, pois eram 263 indivíduos. Deste total, 58,7% dos sextantes foram excluídos, seja porque havia menos de dois dentes presentes, seja porque os dentes presentes estavam indicados para extração. Foram encontrados 22,8% de sextantes que apresentaram o IPC= 0 (Hígido). O sangramento foi encontrado em 4,37% e o cálculo em 11,85% dos sextantes. Cabe ressaltar que esses percentuais baixos devem-se ao fato de mais da metade dos sextantes terem sido excluídos. Na tabela 6, os idosos estão distribuídos em relação à faixa etária e a lesão periodontal mais severa que apresentaram.

Tabela 5- Distribuição do Índice Periodontal comunitário (IPC), dividido por áreas examinadas nos 263 indivíduos da amostra.

	sádio	sangramento	cálculo	bolsa de 4-5 mm	excluído
IPC 17/16	65	11	25	11	151
IPC 11	64	22	25	2	150
IPC 26/27	60	10	25	7	161
IPC 47/46	59	7	18	3	176
IPC 31	62	15	72	10	104
IPC 36/37	51	4	22	2	184
TOTAL	361	69	187	35	926

Tabela 6- Distribuição por faixa etária, de acordo com os valores de necessidade de tratamento periodontal registrado por indivíduo. (n=263)

	n	saudável	sangramento	cálculo	bolsa 4mm	excluído
60-65	79	19	8	20	9	23
66-71	94	18	15	24	6	31
72-77	58	9	7	13	6	23
78-83	23	2	2	7	2	10
84-86	9	1	0	1	0	7
TOTAL	263	49	32	65	23	94

A tabela 7 mostra a presença de doença periodontal e a faixa etária. (Teste de correlação de Spearman, $p=0,259$). A presença da lesão concentrada na população entre 66 e 71 anos, por ser a de maior número absoluto, não foi um resultado estatisticamente significativo. A tabela 8 mostra a relação entre a frequência de escovação e a presença de lesão periodontal (Teste de correlação de Spearman, $p=0,000$). O resultado teve uma correlação positiva, sendo que quanto maior a frequência de escovação, maior a presença de lesão periodontal. No entanto quando modificada a categoria com lesão periodontal em suas subdivisões e gravidade, a correlação foi negativa com $p=0,000$.

A tabela 9 foi relacionada à presença de doença periodontal e à renda familiar, obtendo uma correlação positiva: quanto maior a renda, maior a presença de lesão periodontal (Teste de correlação de Spearman, $p=0,000$), concentrada na

renda familiar superior a 5 salários mínimos (17,8%). No entanto, quando modificada a categoria com lesão periodontal em suas subdivisões de gravidade a correlação foi negativa com $p=0,000$.

Tabela 7- Distribuição da população estudada (n=263) em relação a presença de doença periodontal e a faixa etária

	60-65	66-71	72-77	78-83	84-86
Sem lesão periodontal	42	49	32	12	8
Com lesão periodontal	37	45	26	11	1

$p = 0,259$

Tabela 8- Distribuição da população estudada (n=263) em relação a presença de doença periodontal e a frequência de escovação

	Algumas vezes na semana	1 vez ao dia	2 vezes ao dia	3 vezes ao dia
Sem lesão periodontal	7	31	51	54
Com lesão periodontal	2	10	26	82

$p = 0,000$

Tabela 9- Distribuição da população estudada (n=263) em relação a presença de doença periodontal e a renda familiar

	1 salário	2 salários	Entre 3 e 4 salários	Mais do que 5 salários
Sem lesão periodontal	73	23	26	21
Com lesão periodontal	27	19	27	47

$p = 0,000$

As tabelas 10 e 11 representam os dados do exame dentário que foi realizado nos 263 idosos. O total de dentes encontrados deveria ser igual a 8.416. Contudo, o total de dentes ausentes foram 5.394 (64%) e os dentes hígidos encontrados foram 1.571, 19%. Cariados e restaurados com cárie foram 420 dentes, representando 4,99% da amostra. O CPOD médio foi igual a 26, com desvio padrão igual a 5,808.

Tabela 10- Distribuição do Odontograma realizado nos 263 indivíduos examinados no Convento Santo Antônio

	n	%
Hígido	1.571	19
Cariado	336	4
Restaurado, com cárie	84	1
Restaurado, sem cárie	762	9
Ausente, por motivo de cárie	5.388	64
Ausente, por qualquer outro motivo	6	0,07
Suporte de prótese, coroa protética ou faceta/ implante	264	3
Não registrado	5	0,05
Total	8416	100,0

Tabela 11- Média dos componentes do CPOD nos 263 indivíduos examinados no Convento Santo Antônio.

	n	%
cariado	420	5
perdido	128	2
obturado	762	9

Na relação entre o CPOD encontrado e o número de indivíduos em cada grupo, o CPOD= 32 possui o maior número de idosos. Ao relacionarmos o CPOD médio encontrado com a frequência de escovação, foi verificado que o resultado tinha uma correlação negativa e significativa (Teste de correlação de Spearman, $p=0,000$) quanto maior o número de escovações menor o CPOD. No que tange ao CPOD encontrado em relação à renda familiar, verificou-se que o resultado tinha uma correlação negativa e significativa (Teste de correlação de Spearman, $p=0,000$): quanto maior a renda menor o CPOD. A relação entre o CPOD encontrado e o gênero não teve resultado significativo (Teste de correlação de Spearman, $p=0,669$). Foi obtida uma correlação positiva na aplicação do teste de Spearman com $p=0,001$ quando se relacionou o CPOD e as faixas etárias, onde quanto maior a idade maior o CPOD. A maioria (7) dos indivíduos entre 84 e 86 anos ficaram concentrados no CPOD = 32.

A tabela 12 mostra que, dos idosos examinados, 53 (20,2%) eram edentados totais superiores, 3 (1,1%) eram edentados totais inferiores e 70 (26,6%) eram edentados totais superiores e inferiores. Na tabela 13 o edentulismo foi dividido segundo a faixa etária. Os idosos entre 66 e 71 anos foram os que apresentaram maior grau de edentulismo (31,4%). A tabela 14 mostra a relação entre o edentulismo e a renda familiar, onde o mesmo está concentrado na menor renda, sendo estatisticamente significativa para o edentulismo total superior e inferior. Na distribuição de edentados segundo o gênero (Teste de Fisher, $p= 0,669$), obteve-se como resultado uma prevalência de edentulismo entre as mulheres, mas não teve relevância estatística. A tabela 15 comparou a frequência de escovação e o edentulismo (Teste de correlação de Spearman, $p= 0,001$) e foi constatado que a maioria dos edentados totais superiores e inferiores realizam a escovação dental duas vezes por dia, assim como a maioria dos edentados totais superiores ou inferiores.

Tabela 12- Prevalência do edentulismo total superior e inferior, edentulismo total superior e edentulismo total inferior nos 263 indivíduos da população idosa do Convento Santo Antônio no Centro do Rio de Janeiro-RJ.

	n	%
Edentulismo superior e inferior	70	26,6
Edentulismo total superior	53	20,2
Edentulismo total inferior	3	1,1

Tabela 13- Prevalência do edentulismo total superior e inferior, edentulismo total superior e edentulismo inferior com relação a faixa etária nos 263 idosos examinados no Convento Santo Antônio.

	60-65		66-71		72-77		78-83		84-86		
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Edentulismo total superior e inferior	13	18,6	22	31,4	20	28,6	8	11,4	7	10	$p= 0,000$
Edentulismo total superior	16	30,2	22	41,5	9	17	5	9,4	1	1,9	$p= 0,560$
Edentulismo total inferior	1	3,3	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0	$p= 0,914$

Tabela 14- Prevalência do edentulismo total superior e inferior, edentulismo total superior e edentulismo inferior com relação a renda familiar, em salários mínimos, nos 263 idosos examinados no Convento Santo Antônio.

	1 salário		2 salários		Entre 3 e 4 salários		Mais do que 5 salários		
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Edentualismo total superior e inferior	41	58,6	11	15,7	12	17,1	6	8,6	p= 0,000
Edentualismo total superior	29	53	5	9,5	13	24,5	6	11,3	p= 0,004
Edentualismo total inferior	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	p= 0,952

Tabela 15- Prevalência do edentulismo total superior e inferior, edentulismo total superior e edentulismo inferior com relação a freqüência de escovação nos 263 idosos examinados no Convento Santo Antônio.

	1 vez ao dia		2 vezes ao dia		3 vezes ao dia		Algumas vezes na semana		
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Edentualismo total superior e inferior	15	21,5	28	40	24	34,3	3	4,2	p= 0,000
Edentualismo total superior	13	24,5	15	28,3	22	41,5	3	5,7	p= 0,034
Edentualismo total inferior	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	p= 0,111

Quanto à condição protética superior, foram encontrados 59 idosos sem prótese, 14 usando prótese parcial fixa, 22 com mais de uma prótese fixa, 36 com prótese parcial removível, 22 usando próteses parciais, fixas e removíveis, e 110 com prótese total removível. Utilizavam algum tipo de prótese superior 77,56% dos indivíduos examinados. A condição protética inferior foi representada por 132 idosos sem prótese, 15 com prótese parcial fixa, 12 com mais de uma prótese fixa, 45 com prótese parcial removível, 9 com próteses parciais, fixas e removíveis, e 50 com prótese total removível. Utilizavam algum tipo de prótese inferior 50,19% dos indivíduos examinados.

A tabela 16 relacionou os dados referentes à condição protética superior e inferior com relação à faixa etária. A faixa etária que apresentou o maior número de indivíduos sem prótese foi de 60 a 65 anos. Apresentaram estalidos 17 examinados e reclamaram de sentir algum tipo de sensibilidade a palpação ao abrir e/ou fechar a boca 15 pessoas.

No que tange à arcada superior, 68 indivíduos não necessitavam de prótese, 8 necessitavam de prótese unitária, 10 necessitavam de próteses com múltiplos elementos, 69 necessitavam de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos e 108 necessitam de prótese total. Necessitavam de algum tipo de prótese superior 72,6% dos indivíduos examinados. Quanto às necessidades protéticas inferiores, foram encontrados 63 idosos que não necessitavam de prótese, 6 necessitavam de prótese unitária, 13 necessitavam de próteses com múltiplos elementos, 89 necessitavam de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos e 92 necessitavam de prótese total. Necessitavam de algum tipo de prótese inferior 74,90% dos indivíduos examinados.

Na tabela 17 foi comparada a faixa etária e a necessidade protética (Teste Qui-quadrado, p superior = 0,929 e p inferior = 0,529). Foi observado que a faixa etária que mais necessita de prótese total superior corresponde a de 84 a 86 anos (Teste Qui-quadrado, p = 0,906). Observou-se que em todas as faixas etárias a necessidade de prótese total representou, em média, 39%.

A tabela 18 relacionou a renda familiar e a necessidade de prótese superior (Teste Qui-quadrado, p = 0,000), onde a necessidade ficou concentrada na população de baixa renda, na qual 65,4% necessitavam de prótese total. Na tabela 19 foram relacionadas a renda familiar e a necessidade de prótese inferior (Teste Qui-quadrado, p = 0,000), onde a necessidade ficou concentrada na população de menor renda, onde 64,3% necessitavam de prótese total. A necessidade de algum tipo de prótese dentária e o gênero, não teve resultado estatisticamente significativo (Teste de Fisher, inferior p = 0,316 e superior p = 0,522).

Tabela 16- Condição protética superior e inferior dos 263 indivíduos da amostra divididos por faixa etária.

Faixa etária	66-65 n=79		66-71 n=94		72-77 n=58		78-83 n=23		84-86 n=9	
	sup	inf	sup	inf	sup	inf	sup	inf	sup	inf
Condição protética										
Sem prótese	23	48	25	49	10	25	1	7	0	2
Prótese parcial fixa	7	6	5	6	1	0	0	1	1	2
Mais de uma prótese parcial fixa	9	2	9	5	3	4	2	1	0	0
Prótese parcial removível	9	13	12	17	9	11	4	5	0	0
Próteses parciais fixas e removíveis	5	2	7	2	8	3	3	2	0	0
Prótese total	26	8	36	15	27	15	13	7	8	5

Tabela 17 - Necessidade protética superior e inferior dos 263 indivíduos da amostra dividido por faixa etária.

Faixa etária	66-65 n=79		66-71 n=94		72-77 n=58		78-83 n=23		84-86 n=9	
	sup	inf	sup	inf	sup	inf	sup	inf	sup	inf
Necessidade protética										
Não necessidade de prótese	19	20	30	23	15	15	5	5	3	3
Prótese unitária	1	2	4	2	2	2	1	0	0	0
Prótese com múltiplos elementos	5	7	2	3	2	2	1	1	0	0
Associação de prótese unitárias e/ou com múltiplos elementos	23	30	22	37	16	20	7	6	1	1
Prótese total	31	20	36	29	23	19	9	11	5	5

Tabela 18 – Distribuição da população idosa examinada (n=263) segundo a renda familiar e a necessidade de prótese dentária superior.

	1 salário		2 salários		Entre 3 e 4 salários		Mais do que 5 salários	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Não necessidade de prótese	12	16,7	13	18	20	27,8	27	37,5
Prótese unitária	0	0,0	2	2,5	3	37,5	3	37,5
Prótese com múltiplos elementos	3	30	0	0,0	2	20	5	50
Associação de prótese unitárias e/ou com múltiplos elementos	14	24,7	13	18,8	13	18,8	26	37,7
Prótese total	68	65,4	14	13,5	15	14,4	7	6,7

p = 0,000

Tabela 19 – Distribuição da população idosa examinada(n=263) segundo a renda familiar e a necessidade de prótese dentária inferior.

	1 salário		2 salários		Entre 3 e 4 salários		Mais do que 5 salários	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Não necessidade de prótese	8	12,1	10	15,2	19	28,8	29	43,9
Prótese unitária	0	0,0	1	16,7	2	33,3	3	50
Prótese com múltiplos elementos	5	38,5	1	7,7	1	7,7	6	46,1
Associação de prótese unitárias e/ou com múltiplos elementos	33	35,1	19	20,2	18	19,1	24	25,6
Prótese total	54	64,3	11	13,1	13	15,5	6	7,1

p = 0,000

A análise de regressão foi aplicada nos dados dos 263 idosos realizados, para percebermos a influência dos fatores estudados (idade, sexo, fumo, renda familiar, ocupação, álcool, complicações sistêmicas, grupo étnico, condição protética superior e condição protética inferior) na ocorrência das variáveis estudadas (lesão de mucosa, IPC, CPOD, necessidade protética superior e necessidade protética inferior). Na tabela 20 foi apresentado o resultado resumido da análise de regressão, onde se observa os fatores significantes em cada variável estudada.

Tabela 20 – Resumo da regressão logística realizado com as seguintes variáveis: mucosa, IPC, CPOD, necessidade protética superior e necessidade protética inferior, onde foram obtidos : o modelo de regressão, valor de predição, ANOVA e fatores significantes.

Resumo da análise de regressão logística linear						
Variável	Modelo de regressão r²	Valor de predição %	ANOVA		Fatores significantes	
			S. Sq.	valor de p	tipo	valor de p
Mucosa Bucal	0,118	12%	143,988	< 0,01	Renda familiar	< 0,05
					Cond Prot Sup	< 0,01
IPC	0,265	27%	159,421	< 0,01	Renda familiar	< 0,01
					Cond Prot Sup	< 0,01
					Cond Prot Inf	< 0,01
CPOD	0,458	46%	4054,362	< 0,01	Renda familiar	< 0,01
					Cond Prot Sup	< 0,01
					Cond Prot Inf	< 0,01
					Fumante	< 0,01
					Sexo	< 0,01
Necessidade Protética Superior	0,255	26%	183,683	< 0,01	Renda familiar	< 0,01
					Cond Prot Sup	< 0,01
					Cond Prot Inf	< 0,01
					Sexo	< 0,01
Necessidade Protética Inferior	0,247	25%	158,306	< 0,01	Renda familiar	< 0,01
					Cond Prot Sup	< 0,01
					Cond Prot Inf	< 0,01

Para melhor visualização dos resultados, foram realizados gráficos com os fatores significantes que foram responsáveis pelos produtos das variáveis. No gráfico 1, foi realizada a plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência de lesões da mucosa bucal. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável lesões de mucosa bucal ($p < 0,01$). A linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,207$. O

valor negativo pode ser visto com a posição da linha, mostrando que quanto maior a renda menor a presença de lesões de mucosa.

No gráfico 2, foi realizada a plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência de lesões da mucosa bucal. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,248$. O que se observa é que o grupo que faz uso de algum tipo de prótese, principalmente prótese total, foi o que apresentou maior prevalência de lesão de mucosa, pois sabe-se que a classificação da condição protética é colocada de forma crescente na ficha da OMS.

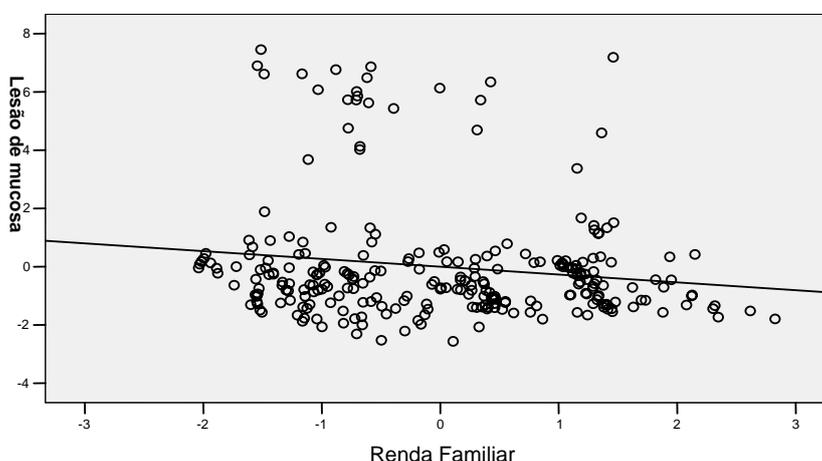


Gráfico 1: Plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência de lesões da mucosa bucal. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,207$.

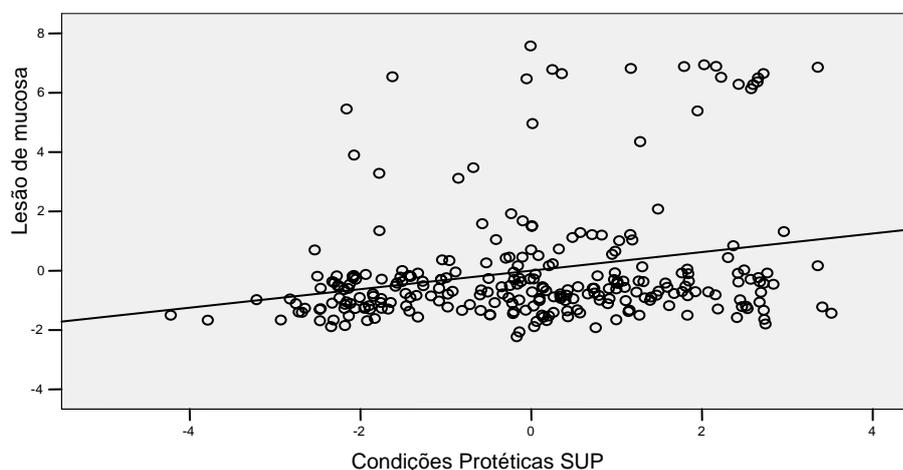


Gráfico 2: Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência de lesões da mucosa bucal. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,248$.

O IPC (índice periodontal comunitário) apresentou como fatores significantes de predição, a renda familiar, a condição protética superior e a condição protética inferior. No gráfico 3, foi apresentada a plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,267$. Os resultados indicam que quanto maior a renda menor o valor do IPC. Isso pode ser observado pelo valor negativo de r .

No gráfico 4, foi realizada a plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferiores” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,344$, onde se observou que quanto mais severa a condição protética mais alto é o

valor do IPC.

No gráfico 5, foi realizada a plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,400$. Foi observado que o IPC é maior quanto mais grave for a condição protética superior.

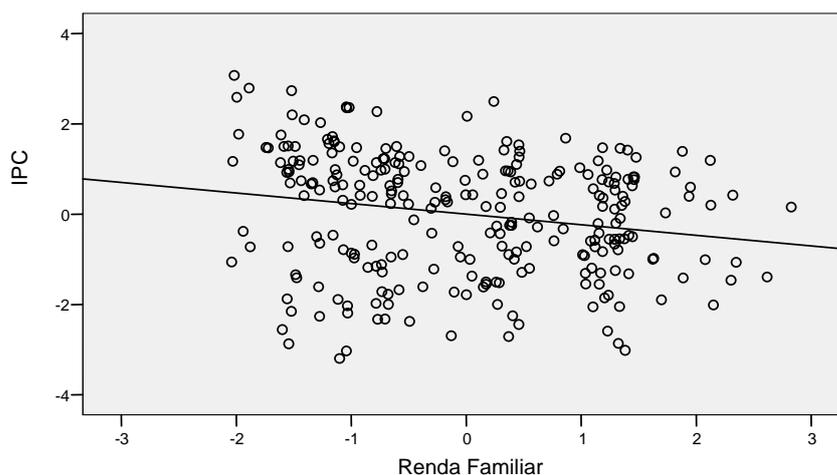


Gráfico 3: Plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,267$.

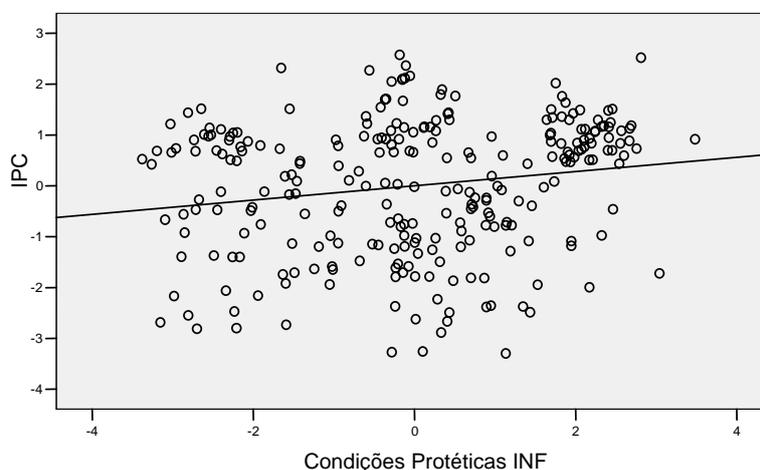


Gráfico 4: Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferiores” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,344$

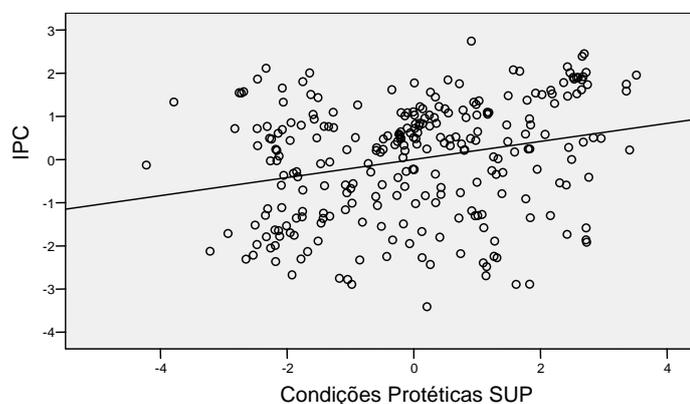


Gráfico 5: Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência do IPC. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,400$.

O CPOD apresentou como fatores significantes de predição o fumo, a renda familiar, a condição protética inferior, a condição protética superior e o sexo. O gráfico 6 mostra plotagem de regressão parcial do fator “Fumante” sobre a

ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear indica que o fator “Fumante” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,075$, mostrando que no grupo de idosos fumantes o CPOD foi mais elevado.

No gráfico 7, a plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” mostra a influência sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,358$. Observa-se que quanto maior o CPOD a renda familiar do idoso tende a ser menor.

No gráfico 8, plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferiores” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). A linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,426$. Fica claro que quanto maior o CPOD pior a condição protética encontrada.

O gráfico 9 apresenta a plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,554$. Observa-se que quanto maior o CPOD mais grave é a condição protética superior encontrada, não considerando o uso de prótese total.

O gráfico 10 mostra a plotagem de regressão parcial do fator “Sexo” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Sexo” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,012$, onde os homens apresentam o CPOD maior do que o das mulheres.

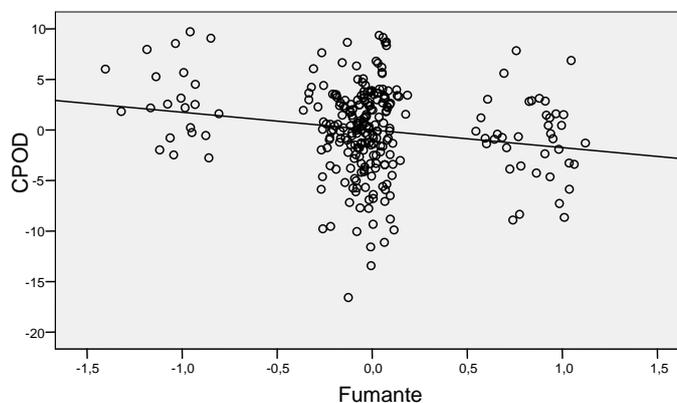


Gráfico 6: Plotagem de regressão parcial do fator “Fumante” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Fumante” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,075$.

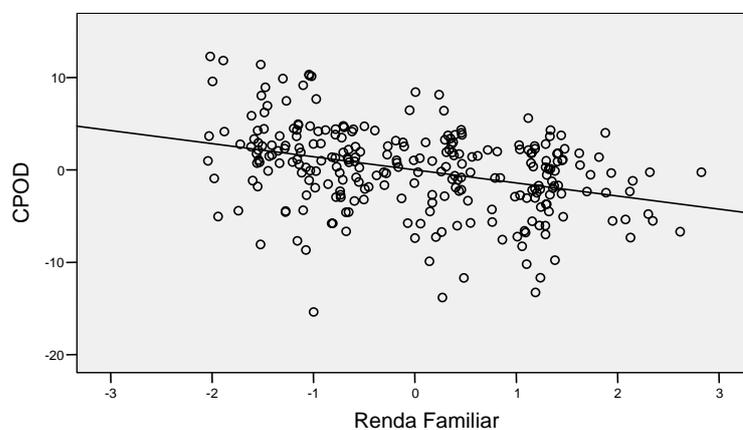


Gráfico 7: Plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência do CPOD Médio. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,358$.

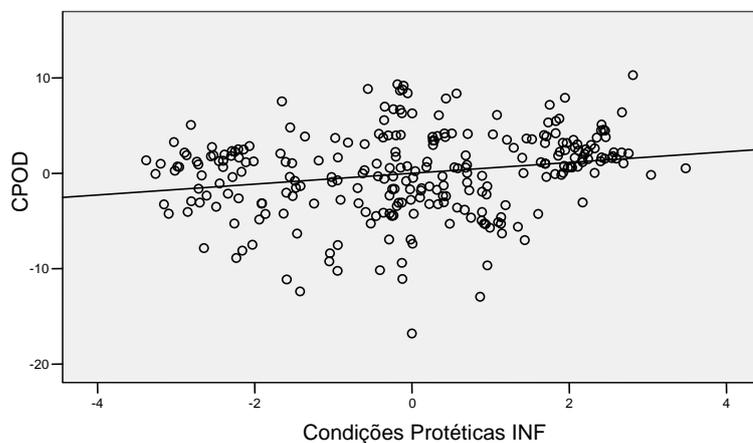


Gráfico 8: Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferiores” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,426$.

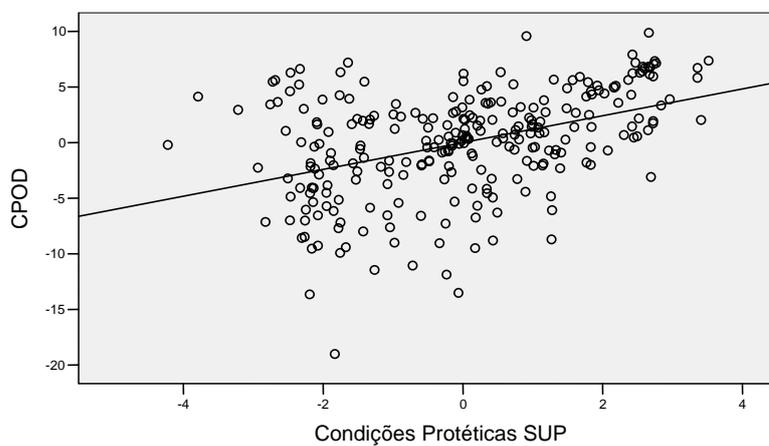


Gráfico 9: Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,554$.

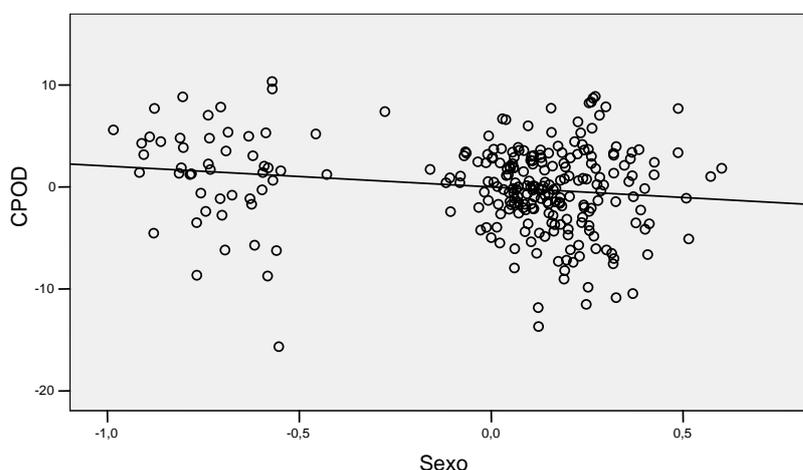


Gráfico 10: Plotagem de regressão parcial do fator “Sexo” sobre a ocorrência do CPOD. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Sexo” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,012$.

A necessidade protética superior encontrada nos 263 idosos examinados mostrou-se dependente de quatro fatores: a renda familiar, a condição protética superior, a condição protética inferior e o sexo. No gráfico 11 está sendo apresentada a plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,385$; quanto menor a renda familiar maior a necessidade protética.

O gráfico 12 expressa a plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferiores” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,014$: quanto mais severa a condição protética inferior,

maior a necessidade de prótese superior.

O gráfico 13 mostra a plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superiores” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superiores” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,244$, indicando que quanto mais severa a condição protética superior, maior a necessidade de prótese superior.

O gráfico 14 indica a plotagem de regressão parcial do fator “Sexo” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Sexo” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,130$. No sexo masculino observou-se maior necessidade de prótese superior.

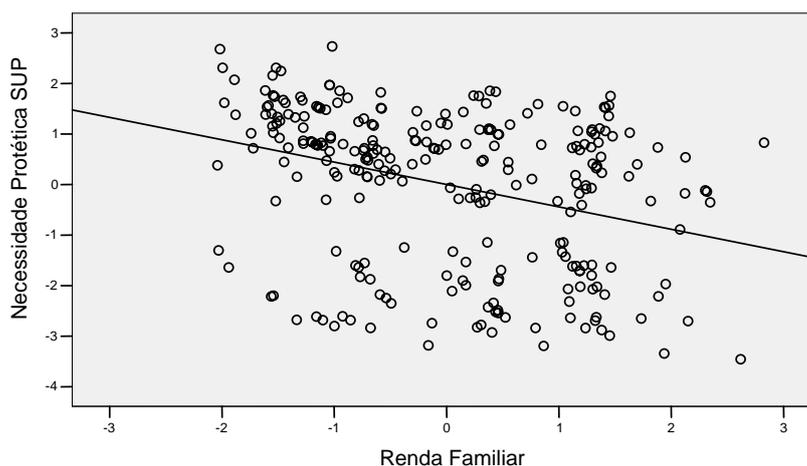


Gráfico 11: Plotagem de regressão parcial do fator “Renda Familiar” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Renda Familiar” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,385$.

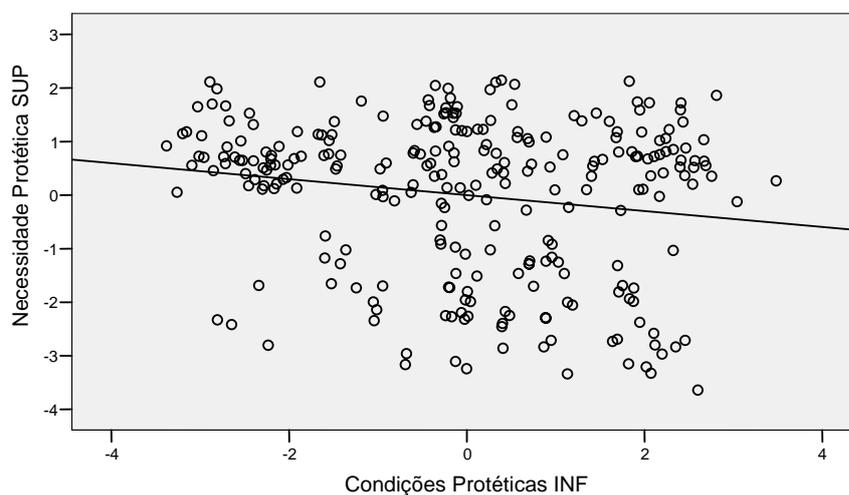


Gráfico 12: Plotagem de regressão parcial do fator "Condições Protéticas Inferiores" sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator "Condições Protéticas Inferiores" é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,014$.

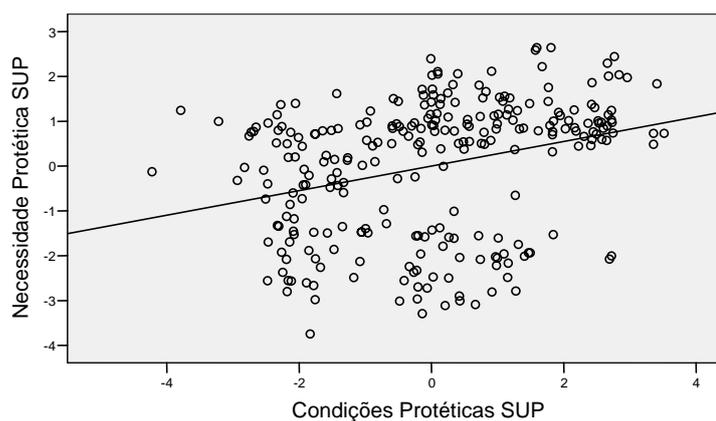


Gráfico 13: Plotagem de regressão parcial do fator "Condições Protéticas Superiores" sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator "Condições Protéticas Superiores" é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,244$.

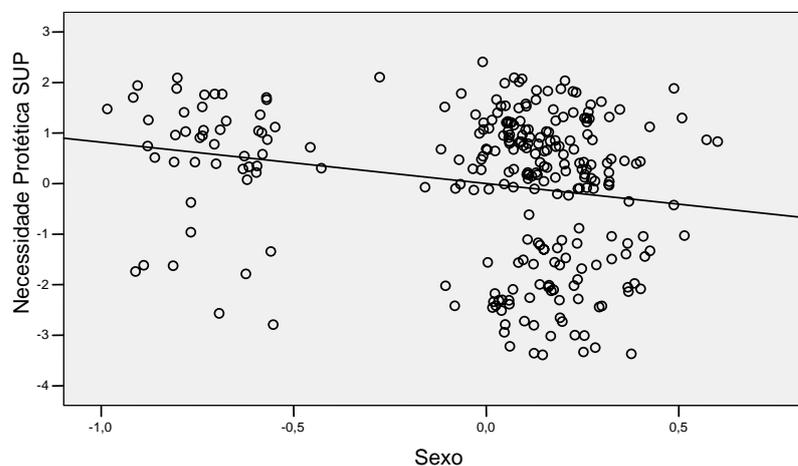


Gráfico 14: Plotagem de regressão parcial do fator “Sexo” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Superior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Sexo” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,130$.

A necessidade protética inferior encontrada nos 263 idosos examinados mostrou-se dependente de três fatores, quais sejam a renda familiar, a condição protética superior e a condição protética inferior. O Gráfico 15 traduz a plotagem de regressão parcial do fator renda familiar sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator de predição renda familiar é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,423$: quanto menor a renda familiar maior a necessidade de prótese inferior.

No gráfico 16 constata-se plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferior” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferior” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,006$, onde se observa que, quanto mais severa a condição protética

inferior, maior a necessidade de prótese inferior.

No gráfico 17 há a plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superior” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superior” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,210$, na qual quanto mais séria a condição protética superior, prótese total, menor a necessidade protética inferior.

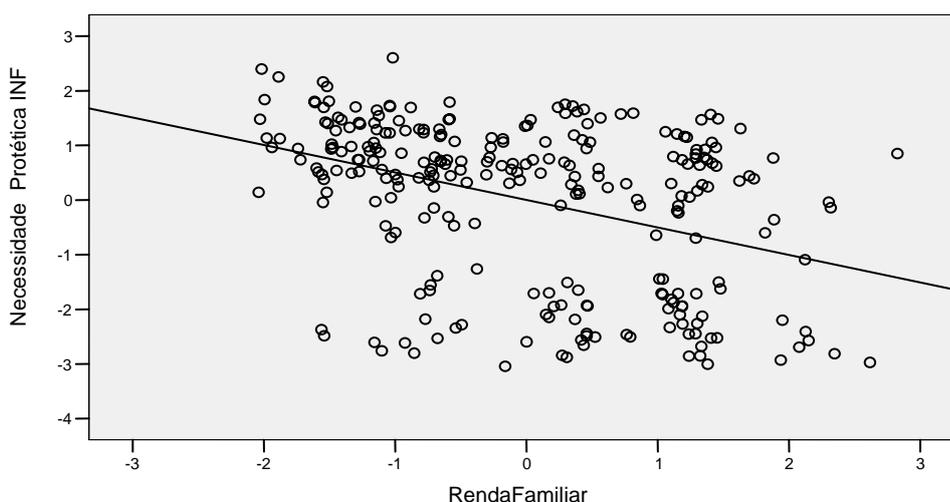


Gráfico 15: Plotagem de regressão parcial do fator renda familiar sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator renda familiar é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,423$.

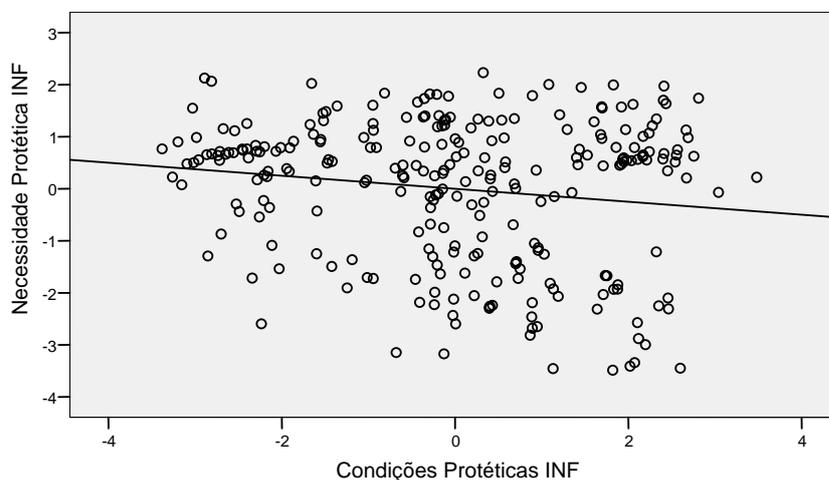


Gráfico 16: Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Inferior” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Inferior” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = -0,006$.

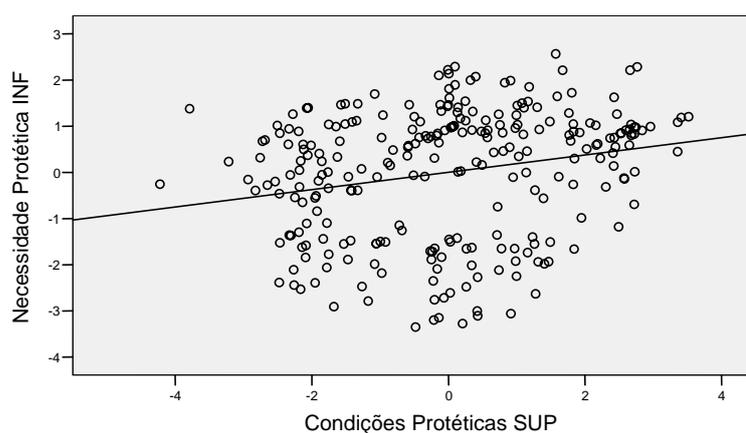


Gráfico 17: Plotagem de regressão parcial do fator “Condições Protéticas Superior” sobre a ocorrência da Necessidade de Prótese Inferior. Análise de regressão logística linear mostra que o fator “Condições Protéticas Superior” é determinante na ocorrência da variável ($p < 0,01$). Linha de melhor ajuste mostra correlação $r = 0,210$.

DISCUSSÃO

7- DISCUSSÃO

A necessidade de atendimento de saúde à população idosa aumentará gradativamente nos próximos anos, representando verdadeiros e especiais desafios para a prática profissional da Odontologia. O envelhecimento da população aumenta a necessidade de qualidade de vida e, neste caso, a saúde bucal tem um papel decisivo. A saúde bucal comprometida afeta o nível nutricional e o bem-estar físico e mental, diminuindo o prazer da vida social ativa. Os autores BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F., 2002 constataam que existe responsabilidade da situação bucal nos fatores psicológicos e fisiológicos dos indivíduos.

A população assume um papel transformador nas práticas de saúde e nas estratégias de abordagem intersetoriais em saúde coletiva. Dessa forma os objetivos dos programas de saúde deixam de ser metas assistencialistas para promoverem bem-estar e qualidade de vida. Os estudos epidemiológicos sobre saúde bucal da população idosa no Brasil ainda são restritos. Contudo, seus resultados mostram grande necessidade de tratamento (SAINTRAIN, M.; SOUZA, E., 2005)

O Estado de São Paulo é o que apresenta o maior número de estudos sobre epidemiologia das doenças bucais. Isso pode ser explicado pela alta concentração de faculdades de odontologia no Estado, abrigando cerca de 30% do total de instituições de ensino superior no Brasil (MOREIRA, R., *et al*, 2005).

A pesquisa foi realizada no Convento Santo Antônio, localizado no Centro do Rio de Janeiro, bairro considerado o centro financeiro da cidade e freqüentado por

peças de todas as regiões da cidade. O convento é visitado, diariamente, por pessoas dos mais diversos bairros, tendo um número de idosos considerável nesta parcela, como constatou MENEZES, R., 2004. Já foi observado, previamente, que a população freqüentadora de igrejas católicas apresenta características demográficas semelhantes à população adulta da cidade do Rio de Janeiro (FERNANDES, C. , FERNANDES, L. ; BJÖRN, A. ,1991). O critério de escolha da idade igual ou maior do que 60 anos foi estabelecido de acordo com outros trabalhos já realizados por outros pesquisadores, como VERAS, R., 1994, IBGE 1987, SILVA, S.;VALSECKI,JR., 2000 e CHRISTOFORO,S., et al, 2005.

A maior proporção de mulheres do que homens na amostra, tabela 2, é justificada, por elas apresentarem maior expectativa de vida em relação aos homens. Segundo fonte do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE, no Censo de 2000, as mulheres representam 60,9% e os homens 39,1% na população acima de 60 anos na cidade do Rio de Janeiro. No total da população do país, a parcela feminina supera a masculina em 5,3%, enquanto, dentre os idosos, este percentual atingiu 27,3%. (Instituto Brasileiro de geografia e Estatística-IBGE,Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2004).

Na população examinada, conforme visto na tabela 2, 35% da amostra não apresentou nenhuma complicação sistêmica, o restante apresentou uma ou mais complicações, estando entre as mais encontradas nos indivíduos os problemas de hipertensão, cardiopatias e diabetes, fatos também encontrados por CARVALHO FILHO, E. ; ALENCAR, Y. , 1994, BARBOSA, A. F.; BARBOSA, A. B., 2002, COLUSSI, C. ;FREITAS, S.; CALVO, M., 2004. Independente da presença ou não de alguma complicação sistêmica, 76% dos idosos faziam uso de algum medicamento, orientados ou não pelo seu médico, o que também foi observado por

BARBOSA, A.F.; BARBOSA, A. B., 2002 e COLUSSI,C.; FREITAS,S.; CALVO, M., 2004.

A maioria da população examinada não apresentou lesão bucal (75,3%). A lesão que apareceu com maior prevalência foi a ulceração, causada principalmente por próteses dentárias. O trabalho de ROSA, A., et al 1992 apresentou como lesão mais prevalente a estomatite protética. A segunda lesão mais prevalente no estudo foi a candidíase, na maioria dos casos relacionada com a prótese total. Nos trabalhos de ROSA, A.; CASTELLANOS, R.; PINTO, V., 1993, GONÇALVES, L., et al 1995 e NEVILLE,B., et al 2004 a candidíase foi diagnosticada em muitos indivíduos. A prevalência de lesões relacionadas com as próteses, pode ser justificada pela alta percentagem de idosos usuários de prótese totais e/ou parciais.

A renda familiar foi o fator que mais influenciou na ocorrência de lesões bucais (gráfico 1). Os idosos de menor renda foram os que apresentaram a maior prevalência de lesões na cavidade oral. Isso também foi constatado por FRARE,S. et al, 1997.A justificativa para o resultado pode ser o fato dos idosos com menor renda não terem acesso fácil às consultas odontológicas para obtenção de diagnósticos precoces e confecção de próteses satisfatórias, bem como o acesso às instruções adequadas de higiene das mesmas.

A importância da condição protética como fator de influência sobre a ocorrência de lesão bucal registrada neste estudo (gráfico 2) também foi observada por ROSA, A. ;CASTELHANOS, R.; PINTO, V. ,1993, JAINKITTIVONG, A.;ANEKSUK, R. ;LANGLAIS, R., 2002, MARCHINI, L.,et al, 2006. Observou-se que quanto mais grave a condição protética superior maior a presença de lesões bucais. Provavelmente, isto se deve a falta de cuidados e informações com a saúde oral. Os

achados deste estudo comprovam o fato, pois mostra que um número elevado de idosos, utilizando prótese total, apresenta prevalência de lesões bucais.

O hábito de fumar não se apresentou como um fator determinante para ocorrência de lesões bucais e periodontais. A baixa prevalência de fumantes encontrados nesta amostra pode ter interferido neste resultado. Dessa forma, é possível que em outra amostra, com maior proporção de fumantes, a influência desse fator também possa ser identificada. No trabalho de PADILHA, D., 1997, onde a amostra correspondia a 50% de fumantes, estes foram considerados mais passíveis de desenvolver doenças crônicas agravadas pelo cigarro. O hábito também foi relacionado diretamente com a estomatologia e os efeitos do cigarro na cavidade oral, que incluem, entre outros malefícios, o câncer de boca.

O Índice periodontal comunitário (IPC) apresentou percentagens relativamente baixas de sangramento (4,37%) e cálculo (11,85%). O grande número de sextantes excluídos na pesquisa (tabela 5) explica esse dado, pois havia menos de dois dentes presentes, ou dentes indicados para extração. O número elevado de sextantes excluídos também foi observado nos trabalhos do MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004, SILVA, D.; SOUZA, M.; WADA, R., 2004 e GAIÃO, L.; ALMEIDA, M.; HEUKELBACH, J., 2005. No estudo também foi feita uma análise da condição periodontal por indivíduo, o que reforçou, como mostra a tabela 6, o número de idosos com todos os sextantes excluídos.

A frequência de escovação e a presença de doença periodontal obtiveram uma correlação surpreendentemente positiva (tabela 8). A resposta dos idosos pode não ter representado a realidade. O trabalho de SALIBA, C., et al 1999, mostrou que o conhecimento de higiene oral e atitudes positivas não estão necessariamente acompanhadas do comportamento de higiene bucal adequado. As dificuldades

motoras inerentes à idade dos sujeitos da amostra podem ser, em parte, responsáveis pela pouca eficiência das escovações dentárias, como mostra o trabalho de GARBIN, C.; MOIMAZ, S.; MACHADO, T., 2003 que sustenta esse argumento.

A correlação positiva (tabela 9, gráfico 3) encontrada entre a presença de doença periodontal e a renda familiar indica que a lesão periodontal ficou concentrada na população com maior renda familiar. O maior acesso dessa faixa da população a serviços odontológicos, normalmente, implica em maior tempo de permanência do elemento dentário na cavidade bucal, contrastando com a alta prevalência de edentulismo concentrado na população de menor renda. FRARE, S., *et al* 1997 e ROSA, A.; CASTELLANOS, R.; PINTO, V., 1993 também observaram que os idosos com renda familiar menor tinham maior edentulismo.

Quando a doença periodontal foi dividida em seus níveis de gravidade as correlações com a renda familiar e a frequência de escovação mostraram correlação negativa, o que pode ser explicado pelo fato de, apesar de a prevalência de doença ser menor nos idosos de menor renda, devido ao edentulismo ser maior, os que apresentaram doença periodontal a tinham em níveis mais graves, ao passo que os indivíduos de maior renda apresentaram condições periodontais menos severas.

Outros fatores de influência encontrados no estudo foram o status dos dentes remanescentes, conforme demonstrado pelos fatores condição protética inferior e condição protética superior (gráficos 4 e 5). Esses fatores indicam que quanto mais severa a condição protética maior a prevalência de doença periodontal.

Nos resultados encontrados, o CPOD da população examinada apresentou-se alto (CPOD = 26) e bastante preocupante, pois apesar do número de dentes presentes não ser elevado, os encontrados na cavidade oral (tabela 10)

apresentaram um índice considerável de cariados e obturados com cárie. Há grande evidência na literatura que suporta este argumento ROSA, A., *et al* 1992, ROSA, A.; CASTELLANOS, R.; PINTO, V., 1993, CHAGAS, I.; NASCIMENTO, A.; SILVEIRA, M., 2000, SILVA, S., VALSECKI JR, A., 2000, SCELZA, M., *et al* 2001, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004, SILVA, D.; SOUZA, M.; WADA, R., 2004, COLUSSI, C., *et al* 2004, CHRISTOFORO, S., *et al* 2005 e GAIÃO, L.; ALMEIDA, M.; HEUKELBACH, J., 2005. Nota-se que o fator renda familiar foi decisivo mais uma vez. O grupo com renda menor teve o maior número de dentes cariados e menor número de dentes restaurados e sem cárie (gráfico 7). Os autores BASTOS, J.; SALIBA, A.; UNFER, B., 1996 também comprovaram este resultado. A população brasileira sem condições de suprir suas necessidades básicas não inclui a saúde oral como uma de suas prioridades. O baixo consumo de meios de higiene bucal também pode influenciar na frequência de escovação e gerar complicações clínicas. O CPOD apresentou uma relação inversa com a frequência de escovação assim como também demonstrado no trabalho de MARCHINI, L., *et al* 2006.

A influência do fumo como fator de predição determinante do nível de CPOD pode ser interpretada como indicação da tendência de comprometimento sistêmico. Alterações salivares, como xerostomia e espessamento salivar, já foram demonstradas como fatores que elevam à presença de cárie dentária. Cumpre salientar que os menores níveis de CPOD encontrados em mulheres podem indicar atitude mais pró-ativa feminina em relação à própria saúde.

No atual quadro em que se encontram as condições de saúde bucal dos idosos, torna-se necessário considerar que esse grupo populacional carrega a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras. O

perfil de saúde dos idosos é determinado parcialmente por experiências não preventivas, segundo LIMA-COSTA, M., 2003.

Os níveis de edentulismo apareceram de forma preocupante na terceira idade, atingindo a marca de 47,9% de edêntulos (tabela 12) em pelo menos uma arcada. Os números encontrados são semelhantes a diversos outros trabalhos realizados em centros urbanos do país ROSA, A., *et al* 1992, ROSA, A.;CASTELLANOS, R.; PINTO, V., 1993, SALIBA, C., *et al* 1999, SILVA,S.; VALSECKI JR, A., 2000, SILVA, D.;SOUZA, M.; WADA, R., 2004, COLUSSI, C., FREITAS, S.; CALVO, M., 2004, CHRISTOFORO, S., *et al* 2005 e GAIÃO, L.; ALMEIDA, M.; HEUKELBACH, J., 2005.

Na condição social dos idosos examinados foi prevalente o edentulismo nos indivíduos com menor renda mensal (tabela 14), assim como nos trabalhos de FRARE, S., *et al* 1997, ROSA, A.; CASTELLANO, R.; PINTO, V., 1993, onde o edentulismo foi bastante elevado e a amostra foi toda constituída por indivíduos de baixa renda. No trabalho de MATOS, D.; LIMA-COSTA, M., 2006 foi observado que a renda domiciliar per capita ocupou uma posição central na predição da melhor auto - avaliação da saúde bucal, mostrando que os indivíduos de maior renda apresentam uma percepção e atitude mais positiva em relação à saúde bucal. O Brasil deveria ter os serviços de saúde com efeito igualitário, para possibilitar que todos os indivíduos, independente da renda, fossem atendidos de forma adequada. O edentulismo não apareceu relacionado com o gênero, mas concentrado nos indivíduos com menor renda familiar. Somente o edentulismo total superior e inferior tiveram relação com a faixa etária assim como no trabalho de MARCHINI,L., *et al* 2006.

A necessidade de algum tipo de prótese dentária não esteve relacionada com o gênero, mas concentrada na população de menor renda (tabela 18 e tabela 19). A necessidade de prótese total superior (65,4%) e prótese total inferior (64,35) está concentrada na população de menor renda. A observação também foi feita por ROSA, A., *et al* 1992, PEREIRA, A.; SILVA, F.; MENEGUIM, M., 1999, SILVA, S.; VALSECKI JR, A., 2000, CHRISTOFORO, S., *et al* 2005. A análise de regressão confirmou que a necessidade de algum tipo de prótese, superior e inferior, está relacionada com a renda, onde nos gráficos 11 e 15 constata-se que quanto menor a renda maior a prevalência de necessidade protética do idoso.

O trabalho demonstrou que o gênero está relacionado com a necessidade de prótese superior (gráfico 14), onde os homens apresentaram maior necessidade do que as mulheres, como também observado por SCELZA, M., *et al*, 2001. O fato dos homens freqüentarem menos os consultórios odontológicos, ou por fobia, ou por falta de tempo, ou por falta de informação, pode explicar esse achado.

Os esforços para diminuir o edentulismo devem ser direcionados para os idosos. É fundamental educar o adulto jovem acerca da saúde bucal e prevenção de doenças orais. Os estudos específicos em necessidade de tratamento e recursos humanos capacitados em geriatria e gerontologia, dentro da odontologia, devem ser prioridade no Brasil (SHINKAI, R.; CURY, A., 2000). Os profissionais da odontologia, juntamente com profissionais de outras áreas da saúde, podem diminuir a prevalência de doenças orais e o edentulismo, sempre dando atenção especial para os idosos de menor renda, que representam aqueles que apresentam maior necessidade de tratamento na atualidade.

CONCLUSÕES

8- CONCLUSÕES

- 1- A condição de saúde bucal dos idosos freqüentadores do Convento Santo Antônio, no Centro do Rio de Janeiro é precária.
- 2- Os estudos de prevalência mostraram elevados níveis de edentulismo, CPOD, particularmente dos componentes cariados e do IPC.
- 3- A prevalência de lesões bucais e de DTM foram baixas na população estudada.
- 4- A freqüência declarada de hábitos de tabagismo e alcoolismo foi baixa. Em contrapartida, os hábitos de higiene oral foram encontrados em níveis elevados.
- 5- As atitudes diante de medidas preventivas de doenças bucais foram encontradas como positivas, contrastando, no entanto, com a realidade observada pela condição bucal precária.
- 6- A presença de complicações sistêmicas foi alta, particularmente a hipertensão, com reflexo também encontrado no alto consumo de medicamentos.
- 7- As condições bucais dos idosos foram influenciadas, de modo determinante, pelo nível de renda familiar. Os indivíduos de menor

renda apresentaram condições bucais mais precárias e elevados níveis de necessidade protética.

- 8- A presença de condições protéticas favoráveis foi freqüentemente associada a baixos níveis de doença bucal.
- 9- A população de idosos do Convento Santo Antônio na cidade do Rio de Janeiro necessita de tratamento odontológico restaurador para reabilitar as funções mastigatórias e estéticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALENCAR, Y. M. G.; CURIATTI, J. A. E. Envelhecimento do aparelho digestivo. in **Geriatrics**. Fundamentos Clínicos e Terapêuticos. São Paulo: Atheneu 1994. cap. 14, p.203-7.
2. AMÂNCIO, A., CAVALCANTI, P. C. U. **Clínica Geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.
3. ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral Assessment Index. **J Dent Educ** v.54, p. 680-7, 1990.
4. BARBOSA, A. F.; BARBOSA A. B. Odontologia Geriátrica- Perspectivas atuais. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, v.6, n.33, p. 231-234., 2002.
5. BASTOS, J. R. M, SALIBA A. N.; UNFER B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. **Revista Paulista de Odontologia 38 ano XVIII-** n.4, jul./ago., 1996.
6. BECK, J. D., HUNT, R. J., HAND, J. S., FIELD, H. M. Prevalence of root and coronal caries in a noninstitutionalized older population. **J. Am. Dent. Assoc.** v.111, n.6, p.964-7, dez., 1985.
7. BERKEY, D & BERG. R. Geriatric oral health issues in the United States **International Dental Journal**, v. 51, n.3. 2001.
8. BILLINGS, R. J. PROSKIN. H. M., MOSS, M. E. Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population **Community Dent Oral Epidemiol**, v.24, p.131-316., 1996.
9. BLINKHORN, A. JONES, J. Behavioral aspects of oral cancer screening **Community Dental Health, Hampshire, Supplement 1** p. 63-69., 1993.
10. BREZINA, A .J. Función, envejecimiento, salud bucal. **Rev. Assoc. Odontol. Arg.**, v.85., n.5., p-437-76, out/dez., 1997.
11. BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatrics** – Noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, p. 481, 2002.
12. CAMARGO, P. M., LAGOS, R. A., LEKOVIC, V., WOLINSK, L. E. Soft tissue root coverage as treatment for cervical abrasions and caries. **General Dentistry** may/june, p.299-304., 2001.
13. CARVALHO FILHO, E. T., ALENCAR, Y. M. G. **Teorias do envelhecimento na geriatria, fundamentos clínico e terapêutico**. São Paulo: Atheneu, 1994. cap. 1, p.17.

14. CARVALHO FILHO, E. T., PASINI, U.; PAPALEO NETO. Hipertensão Arterial. in **Geriatrics**. Fundamentos Clínicos e Terapêuticos. São Paulo: Atheneu, 1994. cap. 11, p.155-7.
15. CHAGAS, I. J., NASCIMENTO, A ., SILVEIRA, M.M. Atenção Odontológica a idosos na O C M: uma análise epidemiológica. **RBO**, v.57, n.5, set/out., 2000.
16. CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 2 ed. Rio de Janeiro: Labor, 1977, p.21-98.
17. CHIAPINOTTO, G. A. Etiologia e Prevenção da Doença Periodontal in PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. 4 ed , São Paulo, 2000. Cap 15, Editora Santos, p.429-42.
18. CHRISTOFORO, S.R.M, HEBLING E., TAGLIAFERRO E.P.S.,PEREIRA S.M, PEREIRA, A. C., MENEGUIM M.C. Prevalência de perda dentária, de cárie e de uso e necessidade de próteses em idosos. **Revista Odonto**, ano 13, n. 25, jan/jun., 2005.
19. COELHO, C. M.; ZUCOLOTO, S. Hiperplasia fibro-epitelial inflamatória da cavidade oral. **Revista da APCD**. v.52, n.5, p.383-387, set/out.,1998.
20. COHEN, W. A.; ROSE, L. F. Relação de risco médico- periodontal. I **Simpósio internacional de medicina bucal**. São Paulo, 2000, p. 11-28.
21. COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Bras. Epidemiol**. v.7, n.1., 2004.
22. COLUSSI, C. F, FREITAS, S. F. T . Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5): 1313-1320, set/out., 2002.
23. CURIATI, J. A. E. Principais afecções do aparelho digestivo. in **Geriatrics**. São Paulo: Atheneu, 1994. cap 15, p. 209.
24. DINI, E. L, CASTELLANOS, R. A. Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. **Revista Brasileira** . v. L, n.2, março/abril., 1993.
25. DOMITTI, S. S, QUELUZ, D. P. Expectativa do paciente relação a prótese total. **Revista PCL**. ano 2, v.2, n.9, set./out .,2000.
26. DUARTE, C. A, CASTRO M. V. M. Geriatrics: Doença Periodontal e Cardíaca. **RGO**, 49 (1): 40-44, jan/fev/mar., 2001.
27. DUARTE, L. R. S. Idade cronológica: mera questão referencial no processo do envelhecimento. **Estud. Interdiscip. Envelhec**. Porto Alegre, v.2, p.23-34., 1999.

28. EKLUND, S; BURT, B. Risk factors for total tooth loss in the United States; Longitudinal analyses of National data. **Journal of Public Health dentistry**, v.54, n.1, p.5-14., 1994.
29. ELIAS, R. Odontogeriatrics: Problemas Bucais. **JBC Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia**. v.3, n.1, p.22-4., 2000.
30. ETTINGER, R. L. Oral health needs of the elderly – an international review. **International Dental Journal**, n. 43, p. 348-354., 1993.
31. FAJARDO, R. S, GRECCO P. O que o cirurgião- dentista precisa saber para compreender seu paciente geriátrico. Parte 2- Aspectos fisio-funcionais. **JOPE- J Bras Odonto- Psicol Odontol Pacientes Espec.** 1(5): 432-8., 2003.
32. FERNANDES, C. P.; FERNANDES, L. B.; BJÖRN, A. L. Knowledge and attitudes towards oral health in Rio de Janeiro. **Journal of Dental Research-abstract of papers**. v.70, Special issue p.394, n.308, 1991.
33. FERREIRA, M. B. C., AZEVEDO, M. P. Prescrição de Medicamentos em Odontogeriatrics. In: WANNMACHER, Lenita, FERREIRA, Maria B. C., **Farmacologia Clínica para Dentistas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 281-289.,1999.
34. FIGUEIREDO, M. A. Z.; CHERUBINI K., YURGEL L.S, LORANDI C.S. Alterações fisiológicas frequentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. **Revista Odonto Ciência** 5 (10): 57-61.,1993.
35. FRANKS, A. S. T.; HEDEGARD, B. **Odontologia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Labor do Brasil S A, p-178-179, 1977.
36. FRARE, S. M., LIMAS, P. A., ALBARELLO, F. J., PEDOT, G., REGIO, R. A. S. Terceira Idade? Quais os problemas bucais existentes? **Rev. APCD**, v.51, n.6, nov/dez, p.573-6., 1997.
37. GAIÃO, L. R, ALMEIDA M.E.L, HEUKELBACH J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev Bras Epidemiol** 8 (3) 316-23., 2005.
38. GARAFFA, V.; MACHADO, J. A. C. Irritações mecânicas crônicas. Epidemiologia do Câncer Bucal. in TOMASI. **Diagnóstico em Patologia Bucal**.. São Paulo: Pancast,. cap. 24, 2. ed., p.444-51, 2000.
39. GARBIN, C.A.S, MOIMAZ S.A.S.M, MACHADO T.P. Odontologia geriátrica: hoje e sempre. **RBO**, v.60, n.4, jul/ ago., 2003.
40. GONÇALVES, L. P. V, ONOFRE M. A, SPOSTO M.R, SCAF G. Estudo clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Rev Bras Odont**, n. 52, p 9-12., 1995.

41. HARA, A., T., SERRA, M. C. Carie Radicular: Implicações do Diagnóstico em seu tratamento. **Rev. APCD**, v.55, n. 2, mar/abr, p.110-4., 2001.
42. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico Brasileiro, 1987.
43. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico Brasileiro, 2000.
44. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico Brasileiro, Pesquisa Nacional de Domicílios- PNAD, 2004.
45. JACOB FILHO, W., CHIBA, T. Atendimento multidisciplinar in **Geriatrics**. São Paulo: Atheneu, 1994. Cap 33, Atheneu. p.399-405.
46. JACOB FILHO, W., SOUZA, R. R. Anatomia e Fisiologia do Envelhecimento. In **Geriatrics Fundamental, Clínica e Terapêutica**. São Paulo, 1994. Atheneu. Cap 3, p.31-7.
47. JAINKITTIVONG, A.; ANEKSUK, V.; LANGLAIS, R. P. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. **Oral Diseases** n. 8. p. 218-223, 2002.
48. JITOMIRSKI, F. Programação de Saúde Bucal. Atenção a idosos in PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 4. ed. p.120-7, 2000.
49. KALACHE, A. VERAS, R. P. RAMOS, C. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública** v.21, n.3, p.200-10, jun., 1987.
50. KINA, S.; CONRADO, C. A.; BRENNER, A. J KURIARA E. O ensino da estomatogeriatrics no Brasil: a experiência de Maringá. **Rev. Odont. USP**, v.10. p. 69-73. Jan/mar., 1996.
51. LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Est. Interdiscipl. Envelhec.** , Porto Alegre, v.1, p.7-35., 1999
52. LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida- Filho N, organizadores. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 499-513.
53. LOCKER, D., MATEAR, D.; LAWRENCE, H. General health status and changes in chewing ability in older canadian over seven years. **J. Public Health. Dent.** v. 62, n. 2, p.70-7., 2002.
54. LOCKER, D., MATEAR, D., STEPHENS, M., LAWRENCE, H., PAYNE, B. Comparison of GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. **Community Dent Oral Epidemiol**, n. 29 ;p. 373-381., 2001.

55. LUNDGREN M., EMILSON C. G.; OSTERBERG T Caries prevalence and salivary and microbial conditions in 88-year-old Swedish dentate people **Acta Odontol Scand**, n. 54, p.193-199., 1996.
56. MACENTEE, M. I.. Predictors of caries in old age. **Gerodontology**, v.10, n.2, p.90-7., 1993.
57. MACENTEE, M. I. The prevalence of edentulism and diseases related to dentures – a literature review. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.12, p 195-207., 1985.
58. MADEIRA, A. A, CAETANO, M.; MINATTI, E.J. Odontogeriatrics; uma necessidade curricular. **RBO**, v. XLIV- n.3 maio/jun., 1987.
59. MADEIRA A. A. MADEIRA L. O paciente geriátrico e a complexidade de seu atendimento. **RBO**, v.57, n.6 nov/dez., 2000.
60. MARCACCINI A. M.; SOUZA P. H. R, TOLEDO B.E.C. Influência da idade sobre o periodonto. **Odonto 2000- Odontologia do Século XXI**- v.1, n.1, p.8-12., 1997.
61. MARCHINI, L., MONTENEGRO, F. L. B., AINHA, V. P. P., SANTOS, J. F. F. Prótese dentária na terceira idade. **Rev. APCD**, v.55, n.2, mar/abr., 2001.
62. MARCHINI, L.; PRISCO, V.P e cols. Odontologia Geriátrica: um panorama geral. **Rev FOPLAC** ., v.1, n.3, p.248-251, jul/dez .,1999.
63. MARCHINI, L.; VIEIRA P. C, BOSSAN T. P, MONTENEGRO F. L. B, CUNHA V. P. P. Self-reported oral hygiene habits among institutionalised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubaté, Brazil. **Gerodontology** 23: 33-37., 2006.
64. MASCARENHAS, A. K. A comparison of oral health in elderly populations seeking and not seeking dental care. *Special Care* **Dentistry**, v.19, n.6, p.248-53., 1999.
65. MATOS D. L.; LIMA-COSTA M. F. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8): p. 1699-1707, ago., 2006.
66. MELO, N. S. F. O; SETO, E. P. S; GERMANN, E. R. Medidas de Higiene oral empregadas por pacientes da terceira idade. **Pesq Brás Odontoped Clin Integr**, v.1, n.3, set/dez., 2001.
67. MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; SILVA, F. R. B. Prevalência de cárie radicular e condições periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba-SP. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. v.16, n.1, p.50-6, jan/mar., 2002.

68. MENEGHIM, M. C. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba/SP **Tese de Doutorado apresentada à FOA-UNESP**, Araçatuba-SP, 1999.
69. MENEZES, R. C. A dinâmica do sagrado. **Relume Dumará**. Rio de Janeiro, 2004.
70. MERCADO, M. D. F.; FAULKNER. K. D. B. The prevalence of craniomandibular disorders in completely edentulous denture-wearing subjects. **J. Oral Rehabil.**, v.18, p 231-242., 1991.
71. MERSEL, A. BERENHOLC R. H.; FIEZ-VANDAL A. Geriodontics: an epidemiologic perspective- **Spec Care Dentist** 6:13-4., 1986.
72. MIGUEL FILHO, E. C. ALMEIDA, O. P. Aspectos Psiquiátricos do Envelhecimento. in **Geriatrics**. Fundamentos Clínicos e Terapêuticos. Atheneu. São Paulo, 1994. cap. 6, p.63-75.
73. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde 2004.
74. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Levantamento epidemiológico em saúde bucal, zona urbana, 1986. Brasília, Divisão Nacional de saúde Bucal, 1988.
75. MOIMAZ S. A. S.; SANTOS, C. L.V.; PIZZATTO, E, GRABIN C. A. S.; SALIBA N. A. Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. **Cienc Odontol Bras** 7 (3): 72-78 jul/set ., 2004.
76. MOREIRA, R. S, NICO, L. S, TOMITA, N. E, RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6): 1665-1675, nov/dez., 2005.
77. MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Odont. Mod.** v.19, n.4, p.11-3., 1992.
78. NAMEN, F. M. **Elaboração de teses e dissertações**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005.
79. NEWBRUM, E., **Cariologia**. São Paulo: Santos, 1998. cap 3, 2. ed., p.50-77.
80. NICOLAU, B. F., CRUZ, R. A., MOREYNOS, M., VOLSCHAN, B. C. G. Prevenção da cárie de cimento radicular. **Revista da APCD**, v.48, n.5, p. 1461-6, set/out., 1994.
81. NEVILLE, B. P. DAM, D. D, ALLEN, C.M, BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

82. OMS. **Levantamento Básicos em Saúde Bucal**. São Paulo: Santos. 4. ed., 1999.
83. PADILHA, D. M. P. **A saúde bucal de pacientes idosos. Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínico radiográficos de um grupo de idosos brasileiros** (Tese Doutorado) PUC, Porto Alegre- RS, 1997.
84. PADILHA, D. M. P.; SOUZA, M. A. L. Estado dentário e edentulismo observados em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. **Revista Odonto Ciência** n.24. Rio Grande do Sul: Fac. Odonto/PUCRS, 1997/2
85. PADILHA, D. M. P; NETO M. M. Avaliação clínica da saúde bucal e do uso do fumo de três grupos de idosos. **Revista Odonto Ciência** n. 31. Rio Grande do Sul: Fac. Odonto/PUCRS, 2000/3.
86. PENNINI, S. N., REBELLO, P. F. B.; SILVA, M.R. Queilites. **Jornal Brasileiro de Medicina**;78(6):104-110., 2000.
87. PEREIRA, A. C, SILVA, F. R. B, MENEGUIM, M. C. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba-SP. **Robrac**, 8(26)., 1999.
88. PESSINI, L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. In **Geriatrics**. São Paulo: Atheneu, 1994. cap. 36, p. 427-35.
89. PUCCA-JR., G. A. **Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). – Universidade Federal de São Paulo: UNESP – Escola Paulista de Medicina, 1998.
90. PARAJARA, F., GUZZO, F.,. Sim, é Possível Envelhecer Saudável. **Revista APCD**. São Paulo, v. 54, n. 2, p. 91-99, mar./abr., 2000.
91. RIBERA JM. Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over. **International Dental Journal**, 51, 228-234., 2001.
92. ROSA, A. G.F, FERNANDEZ, R. A. C, PINTO, V. G., RAMOS, L. R. Condições de Saúde Bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo. Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.26, n.3, p.155-60, junho 1992.
93. ROSA, A. G. F; CASTELLANOS R. A, PINTO V. G. Saúde Bucal na terceira idade. **RGO**, 41 (2): 97-102, mar/abr., 1993.
94. SAINTRAIN, M. V. L.; SOUZA, E. H. A. Saúde bucal do idoso: Desafio a ser perseguido. **Clin- cient**; 4(2): 127-132, maio/ago., 2005.
95. SALIBA C. A.; SALIBA, N. A.; MARCELINO, G.; MOIMAZ, S. A. S. Saúde Bucal dos Idosos: Uma realidade Ignorada. **Revista da APCD**, v.3, n.4, jul/ago., 1999.

96. SALIBA. C. A. SALIBA. N .A. MARCELINO. G. MOIMAZ. S. A. S. Auto- avaliação de saúde na 3º idade. **RGO**, 47(3): 127-130, jul/ago/set., 1999.
97. SALONEN, L; AXÉLL, T; HELLDÉN, L. Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult swedish population. **Journal Oral Pathology and Medicine**, Copenhagen, v.19, n.4, p.170-176., 1990.
98. SANTOS L. M, ROS M. A, CREPALDI M. A, RAMOS L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública** 40 (2): 346-52., 2006.
99. SCENZA, M. F. Z., RODRIGUES, C., SILVA, V. S., FARIA, L. C. M. CANOVA, V., SCENZE NETO, P. Saúde Bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. **RBO**, v.58, n.5, set/out, p.351-4., 2001.
100. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Governo do Estado de São Paulo. **Referências para implantação de padrões básicos de operação. Programa Idoso**, São Paulo, 1998.
101. SERFATY, V. NEMCOVSKY C.E, FRIEDLANDER D. GAZIT E. Functional disturbances of the masticatory system in an elderly population group. **J Cranio. Pract.**, v.7,n.1, p 46-51., 1989.
102. SHINKAI, R. S. A., CURY, A. A. D. B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar, contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, out/dez, 2000.
103. SHIP, J. A. et al. Old age in health and disease – lesions from the oral cavity. **Oral Surg Med Oral Pathol**, v.76, p.40-4, 1993.
104. SILVA, D. D., SOUZA M. L. R., WADA R. S . Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.20, n.2, mar./abr., 2004.
105. SILVA, S. R. C., VALSECKI JR., A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**, v.8, n.4. p.268-71., 2000.
106. SILVA, S. R. C., FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de Saúde bucal por idosos **Rev. Saúde Pública** v.35, n.4, São Paulo. Ag ., 2001.
107. SLADE, G. D., SPENCER, A. J. **Periodontal attachment loss among adults aged 60+ in South Australia Community. Dent Oral Epidemiol.** v.23 p.237-42., 1995.

108. STEFANI, C. M, CASATI, M. Z, NOGUEIRA, G. R, NOCITI, F.H, SALLUM, E. A, SALLUM, A. W. Cáries radiculares: diagnóstico, prevenção e tratamento. **Rev ABO**, v.8, n.2 Abr./maio., 2000.
109. STEPHEN M.E, LINDA M.K, JACKSON BROWN L. Prevalence and demographic correlates of tooth loss among the elderly in the United States. **Special Care Dentistry**, vol 14 n.3., 1994.
110. VAN WAAS, M.A.J e cols. Oral function in dentate elderly with reduced dentitions. **Gerodontology**, v.10, n.1, p 40-43., 1993.
111. VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos** - A saúde do idoso no Brasil. 3 ed, Rio de Janeiro: Relume Dumará., 1994.
112. WATANABE, I. The dental situation in Japan's ageing society. **Dentistry in Japan**, v. 32, p. 161-164., 1995.
113. WERNER, C. W., SAUDERS, M. J., PAUNOVICH, E., YEH, C. K. Odontologia Geriátrica. **Rev. da FOC/UNIMEP**, v.1, n.1, jan/jun, p.62-70., 1998.
114. WYATT, C. C. Elderly Canadians residing in long term care hospitals. Part II. Dent. Caries States. **J. Can Dent Assoc.**, v.68, n.6, p.359-63, jun., 2002.
115. WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Ass. Paul. Cirurgião-Dentista**, v.52, n.4, p.307-16., 1998.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente termo, EU, _____
nascido a ___ / ___ / ___, portador da identidade de nº _____ residente na rua _____
sou voluntário para realizarem um exame oral - clínico, destinado a um trabalho de pesquisa que visa a obtenção de título de Mestrado em Odontologia pela Universidade Veiga de Almeida.

Fui informado de que o trabalho a ser realizado se propõe a avaliar os aspectos orais da população idosa da cidade do Rio de Janeiro.

Estou ciente que a minha colaboração ajudará a determinar a prevalência de dentes naturais presentes, avaliar a condição da mucosa bucal, presença de doença periodontal, presença de cárie, necessidade protética, condições protéticas e necessidade de tratamento imediato, dos indivíduos com mais de 60 anos.

Ao final deste trabalho, serão obtidos dados que representarão a real situação oral dos idosos freqüentadores do Convento Santo Antônio, Centro do Rio de Janeiro.

Estou ciente de que, em nenhum momento, terei participação ou benefício direto nesta pesquisa e que o pesquisador tem autorização para divulgar os resultados dela advindos.

Atesto que estou de acordo com os termos acima e que recebi total esclarecimento quanto à pesquisa a ser realizada.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2006 .

Assinatura do (a) paciente

PESQUISADORA: Cristina Pereira Isolan
ORIENTADORA: Profa. Dra. Liana Fernandes
INSTITUIÇÃO: Universidade Veiga de Almeida

QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

1- Fumante: sim () não () ex ()

2- Alcoolista: sim () não ()

3- Renda Familiar:

- () 1 salário mínimo
- () 2 salários mínimos
- () entre 3 e 4 salários mínimos
- () > 5 salários mínimos

4- Marcar a frequência que o paciente realiza a higiene oral

- () escovação 3 vezes ao dia
- () escovação 2 vezes ao dia
- () escovação 1 vez ao dia
- () escovação algumas vezes na semana

5- O idoso apresenta alguma complicação sistêmica:

- () não
- () hipertenso
- () diabético
- () colesterol alto
- () cardiopata
- () outros (_____)

6- Faz uso de algum medicamento:

- () não
- () sim (_____)

ANEXOS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)