

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO – FOP

MARIA BERNADETE CAVALCANTI BENÉ BARBOSA

**INFLUÊNCIA DA COESÃO FAMILIAR NA PREVALÊNCIA DE
CÁRIE E DE PERDA DENTÁRIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E
NÃO INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DO RECIFE – PE**

CAMARAGIBE – PE

2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARIA BERNADETE CAVALCANTI BENÉ BARBOSA

**INFLUÊNCIA DA COESÃO FAMILIAR NA PREVALÊNCIA DE
CÁRIE E DE PERDA DENTÁRIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E
NÃO INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DO RECIFE – PE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Área de Concentração em Saúde Coletiva, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor.

ORIENTADORES:

Prof^a Dra. Eliane Helena Alvim de Souza

Prof. Dr Arnaldo de França Caldas Júnior

CAMARAGIBE – PE

2007

Dados internacionais de Catalogação – na – Publicação (CIP)

Biblioteca Professor Guilherme Simões Gomes

Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

B 238 i Barbosa, Maria Bernadete Cavalcanti Bené. Influência da coesão familiar na prevalência de cárie e de perda dentária em idosos institucionalizados e não institucionalizados na cidade do Recife – PE/ Maria Bernadete Cavalcanti Bené Barbosa. – Camaragibe: FOP. UPE, 2007.

132: il

Orientadores: Eliane Helena Alvim de Souza; Arnaldo de França Caldas Júnior. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade de Pernambuco – Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Programa de Pós-graduação – Área de Concentração em Saúde Coletiva – 2007.

1. Saúde coletiva. 2. Saúde bucal. 3. Coesão familiar – Prevalência de cárie e perda dentária. I. Souza, Eliane Helena Alvim de (orient.). II. Caldas Júnior, Arnaldo de França. III. Título.

CDU 616.314 – 002
616.314 – 053.9

**INFLUÊNCIA DA COESÃO FAMILIAR NA PREVALÊNCIA DE
CÁRIE E DE PERDA DENTÁRIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E
NÃO INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DO RECIFE – PE**

**TESE PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM ODONTOLOGIA
NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA**

APRESENTAÇÃO: 25/01/ 2007

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Tecia Daltro Borges Alves
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Professora Doutora Renata Cimões Jovino Silveira
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Professora Doutora Estela Santos Gusmão
Universidade de Pernambuco – UPE

Professora Doutora Maria do Socorro Orestes Cardoso
Universidade de Pernambuco – UPE

Professora Doutora Verônica Maria de Sá Rodrigues
Universidade de Pernambuco – UPE

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus,
razão, princípio e fim de toda a existência.

À minha mãe Maria de Lourdes Cavalcanti Bené,
pelo amor, carinho, apoio e exemplo de vida.

Aos idosos institucionalizados e não institucionalizados,
pela boa vontade, atenção e carinho com que me receberam.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Feira de Santana, especialmente aos professores José Onofre Gurjão Boavista da Cunha, Évila de Oliveira Reis Santana, Célia Cristina Silva Carvalho, Angélica Maria Lucchese, Maria Lúcia da Silva Servo, Antonio César Oliveira de Azevedo, Maria Ângela Alves do Nascimento, Margarida Maria de Vasconcelos Oliveira Santana, Joildo Guimarães Santos, Luís Carlos Cavalcante Galvão, Márcio Campos de Oliveira, Nelson Fernandes de Oliveira, Valéria Souza Freitas, Tecia Daltro Borges Alves, e Vicente Deocleciano, pelo apoio e incentivo.

Aos funcionários da Reitoria e Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, Alaíde, Carmelita, Leda, Manuel, Marilene, Norma, Zenilda e Vilânia Santana Silva; do Departamento de Saúde, Daniela, Jailda, Joceli, Kátia Juliano, Ana Tereza, Suzy Santana e Viviane do Colegiado de Odontologia; a Soraya da UNDEC, pela atenção e presteza nas horas mais difíceis, permeando a amizade no apoio profissional. Às bibliotecárias e funcionárias da Biblioteca Central Julieta Carteadó, representadas por Rejane, Izabel, Graça Simões, Maria do Céu, Maria do Carmo, o meu agradecimento.

À direção da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco nas pessoas dos professores Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos, Maria do Socorro Orestes Cardoso. Aos professores da Pós-graduação que ministraram os módulos teóricos, especialmente Regina Maria Lopes e José Edmilson Batista

Mazza, pela compreensão, apoio e confiança. Aos funcionários Bernadete, Maria José, Fernanda, Ivoneide, Bianca, Rodrigo, Marcílio e todos os colaboradores dos serviços gerais, meu muito obrigado.

Aos meus orientadores, professores Dra. Eliane Helena Alvim de Souza e Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior, pela segura orientação, competência acadêmica, confiança e colaboração, início de uma grande amizade, o meu eterno reconhecimento.

Aos professores, Arnaldo Caldas Júnior, Eliane Helena Alvim de Souza, José Edmilson Mazza, Estela Santos Gusmão, Maria das Neves Correia, Cátia Maria Guerra, Valdenice Aparecida de Menezes, Renata Cimões Luís Carlos Cavalcante Galvão, Moacir da Silva, Patrícia Maria Rabello e Maria do Socorro Dantas, pela confiança, colaboração, incentivo, apoio e co-autoria na produção científica.

À Professora Dr^a Cristina Dias Brito, pela prestimosa colaboração. À colega Cecília Manzi, extensivo às minhas queridas orientandas da iniciação científica da FOP/UPE, Juliane Espíndola Pessoa e Karla Julieta Gonçalves Lins de Oliveira, meu eterno reconhecimento, pela importante participação e colaboração no processo de coleta de dados.

Aos dirigentes e funcionários, das instituições geriátricas à Coordenação de Extensão e do Projeto Máster Vida da Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco, o meu agradecimento.

Agradecimentos Especiais

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Às minhas irmãs Naísa, Auxiliadora e Goreti, pela acolhida e dedicação.

Ao meu esposo Ivando, pela força, estímulo, incentivo e colaboração, especialmente diante das dificuldades e da possibilidade de desistência do curso, toda a minha gratidão.

Aos meus amados filhos “mais velhos” Ivando Júnior, Gabriella, Verônica e André Felipe, ao meu genro e noras, “filhos mais novos”, Renato, Ana Karina, e Karla Maria, e às minhas “filhas do coração,” Giana, Geórgia e Neuma, pelo amor, incentivo, estímulo, apoio e colaboração, possibilitando-me a oportunidade de poder passar-lhes o exemplo de coragem, força de vontade, luta, perseverança, determinação e fé, na busca de um ideal.

Aos meus amados e queridos netos, Giovanna, Pedro Bené, Ivando Neto, Giulia e Maria Eduarda, com todo o meu amor, carinho e esperança. Vocês são para mim o que há de mais puro, de belo e valioso na vida; o maior presente que Deus poderia me dar.

Aos meus cunhados Geraldo e Tibúrcio e aos meus sobrinhos Gustavo Henrique, Carlos Eduardo, Kyonara e Manuel Júnior, Kleydson e Daniele, pelo testemunho de solidariedade e de interação familiar, ao se fazer sempre presentes nas horas mais incertas, atendendo às minhas necessidades, quer conduzindo-me á

Faculdade ou mesmo acompanhando-me ao campo de pesquisa, contribuindo para a continuidade do meu estudo, recebam a minha mais sincera gratidão.

À minha amiga Anaci Bispo Paim, presença marcante na minha trajetória profissional e em alguns momentos difíceis da minha vida, o meu reconhecimento. Aos queridos amigos Glaucenira e Dr. Afonso Bruno, pela presença marcante em todo o percurso dessa jornada. Conhecê-los foi uma das melhores coisas que o curso me proporcionou, um privilégio para mim, poder considerá-los como pessoas da minha família.

Aos amigos André Alencar Suliano, a quem devo os maiores agradecimentos, pela amizade sincera, solidária e fraterna, demonstrada durante o mestrado e, especialmente, no doutorado; aos meus queridos ex-alunos e amigos Giselle, Jamilly e Jeidson, os meus agradecimentos, especialmente na produção científica; à Roberta Lemos, pela presença constante, apoio e amizade; à Gilvanete Campelo e Tânia Deodato, pela prestimosa colaboração.

Aos colegas do mestrado e doutorado, Ana Claudia Serra, Andréa Aguiar, Andréa Gadelha, Glaucenira de Barros Bruno, Cecília Thereza de Alcântara Manzzi, Copnceição Solano, Fabíola Bof, Gustavo Agripino, Jorge Orestes, Patrícia Andrade, Patrícia Rabello, Renata Coelho, Renata Rocha, Rilva Suely Lucas, Rossana Leal e Sergio d' Ávila, pelo muito que aprendi com vocês e que pude compartilhar, o meu muito obrigado.

Finalmente, agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o término dessa jornada, servindo de obstáculo ou transpondo-o comigo, possibilitando o alcance de uma das metas mais difíceis e importantes de minha vida.

Epígrafe

“Envelheçamos rindo!
envelheçamos como as árvores fortes envelhecem,
na glória da alegria e da bondade,
agasalhando os pássaros nos ramos,
dando sombra e consolo aos que padecem”.

(Olavo Bilac)



Resumo

RESUMO

Objetivo: estimar a influência da coesão familiar na prevalência de cárie e de perda dentária em idosos institucionalizados (GI) e não institucionalizados (GNI) na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Metodologia:** do universo de 613 idosos com 60 anos ou mais, selecionou-se uma amostra aleatória de 344, divididos em dois grupos, 196 (GI) residentes em 10 instituições filantrópicas e públicas e 148 (GNI) participantes do Projeto Master Vida da Escola Superior de Educação Física (ESEF) da Universidade de Pernambuco (UPE). Estudo piloto foi realizado para testar os métodos, instrumentos de coleta de dados e calibrar a equipe. A pesquisa teve início com o exame físico intrabucal para estimar a prevalência de cárie e de perda dentária (índice CPO-D), o uso e necessidade de prótese e edentulismo nos idosos. Para o grau de coesão familiar utilizou-se o FACES III – Escala diagnóstica de funcionamento familiar (questionário). Na análise estatística, descritiva e inferencial, foram utilizados os testes Qui-quadrado de igualdade de proporções ou teste Exato de Fisher, *t-Student* com variâncias iguais ou desiguais; e o teste F (ANOVA). A verificação das hipóteses de igualdade de variâncias foi realizada através do teste F de *Levene*. **Resultados:** no (GI) o CPO-D médio foi de 29,34 e o desvio padrão 4,47; o percentual da média do CPO-D foi de 1,80% cariados, 97,20% perdidos e 0,78% obturados. O (GNI) apresentou CPO-D médio de 26,43 e desvio padrão 5,35; o percentual da média dos cariados foi de 0,75%, dos perdidos 89,67% e 9,72% para os obturados. Na análise do FACES III, utilizou-se os testes Exato de Fisher e o Qui-quadrado de Pearson, constatando-se associação significativa a 5,0% ($p < 0,05$) entre a coesão familiar e a condição dentária por grupo. **Conclusão:** a saúde bucal sofre influência da coesão familiar na prevalência da cárie e da perda dentária.

Descritores: Saúde coletiva; Saúde pública; Saúde bucal; Coesão familiar; Prevalência de cárie; perda dentária.

Abstract

SUMMARY

The **objective** of this research was to estimate the influence of the family cohesion on the prevalence of caries and dental loss in old age institutionalized persons (group institutionalized=GI) and not institutionalized persons (group not institutionalized=GNI) in the City of Recife, Pernambuco, Brazil. **Methodology:** from a total of 613 old persons, aged 60 years or more, a random selection of 344 persons was carried out; the selected persons were divided into two groups, 196 persons (GI) residing in 10 philanthropic institutions and public institutions; the group GNI was made up of 148 persons all of the participants were members of the group Master Life Project of the College/School of Physical Education (ESEF) of the University of Pernambuco (UPE). A pilot study was performed to validate the methods, the instruments of data collection and calibrate the research team. The research was initiated with an intrabuccal physical examination to estimate the prevalence of caries and dental loss (index CPO-D); also the use and necessity of using dental *prostheses* as well as the presence of total dental loss (*absence of all*) teeth was determined. The family cohesion was diagnosed using the Family Scale Questionnaire (FACES III). For the statistical analysis, descriptive and inferential tests were realized using Chi-square or Fisher Accurate test, Student T-test with equal or different variances, F test (ANNOVA). The verification of the hypotheses of equality of variances was carried out using the F test of Levene. **Results:** In GI group the standard average CPO-D was 29.34% with a standard deviation of 4.47%; the percentage of the average of CPO-D was of 1.80% in the group with caries, 97,20% among teeth lost group and 0.78% in obturated group. The GNI group presented a standard average CPO-D of 26.43 %, with a standard deviation of 5.35 %; the average CPO-D of carries teeth was of 0.75%, 89.67% in the group of lost teeth and 9.72% in the obturated teeth group. In the analysis of FACES III, Accurate Fisher Test and Pearson Chi-square were used and showed a significant association at the level of 5.0 % ($p < 0.05$). **Conclusion:** Oral health can be affected by family cohesion in respect to the prevalence of caries and teeth loss.

Key words: collective health; public health; oral health; family cohesion; prevalence of carries; teeth loss.

Lista de Figuras

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– BRASIL, esperança de vida às Idades Exatas – 1980/1991/ 2000 e 2003.....	41
Figura 2	– População residente total e de 60 anos ou mais por grupos de idades no Brasil, na Região Nordeste e no Estado de Pernambuco, no período de 1991 a 2000.....	42
Figura 3	– Modelo Dinâmico Sócio-ecológico da Cárie Dentária.....	52
Figura 4	– Esquema ilustrado do fluxo do estudo	65
Figura 5	– Questionário FACES III adaptado.....	69
Figura 6	– Classificação das famílias para a coesão familiar, segundo Olson <i>apud</i> Falceto; Busnello; Bozzetti (2000).....	71
Figura 7	– Variáveis dependentes	79
Figura 8	– Variáveis independentes	79
Figura 9	Distribuição dos idosos participantes do estudo por amostras.....	81
Figura 10	– Escala de pontos de <i>Landis e Koch</i> (1997).....	83
Figura 11	– Distribuição dos idosos segundo o fato de ser ou não Institucionalizados, Recife-PE, 2006.	86

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição dos idosos por sexo, segundo o grupo, Recife-PE, 2006	87
Tabela 2	– Distribuição dos idosos por faixa etária, renda e escolaridade, segundo o grupo amostral, Recife-PE, 2006.	88
Tabela 3	– Distribuição dos idosos segundo o estado marital por grupo, Recife-PE, 2006.....	89
Tabela 4	– Distribuição dos idosos segundo a existência ou não de vínculo familiar por grupo, Recife-PE, 2006.....	90
Tabela 5	– Distribuição dos idosos segundo o lugar que ocupa na família Nos grupos	90
Tabela 6	– Distribuição das respostas obtidas das questões do FACES III, por grupo, Recife, 2006.....	92
Tabela 7	– Média e desvio padrão do questionário FACES III relativo a coesão familiar, por grupo, Recife-PE, 2006.....	93
Tabela 8	– Distribuição dos idosos, segundo a coesão familiar por grupo, Recife-PE, 2006.....	94
Tabela 9	– Estatística do CPO-D e número dos seus componentes, dentes hígidos, por grupo, Recife-PE, 2006.....	95
Tabela 10	– Distribuição dos idosos segundo o edentulismo e o uso de próteses nos arcos dentários por grupo, Recife-PE, 2006.....	97
Tabela 11	– Avaliação da necessidade de prótese segundo o grupo de idosos, Recife-PE, 2006.....	98
Tabela 12	– Média e desvio padrão do CPO-D, seus componentes e dentes hígidos, segundo a coesão familiar, Recife-PE, 2006.....	100
Tabela 13	– Edentulismo por grupo de idosos, segundo a coesão familiar, Recife-PE, 2006.....	101
Tabela 14	– Uso de prótese por grupo de idosos segundo o grau de coesão familiar, Recife-PE, 2006.....	102
Tabela 15	– Necessidade de prótese dos idosos pesquisados, segundo a coesão familiar, por grupo, Recife-PE, 2006.....	103

Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NBR	– Normas Brasileiras de Redação.....	31
ABNT	– Associação Brasileira de Normas Técnicas.....	31
ONU	– Organização das Nações Unidas	37
MS	– Ministério da Saúde.....	37
SPS	– Secretaria de Programas de Saúde.....	37
CNS	– Conselho Nacional de Saúde.....	37
ONGs	– Organizações Não – Governamentais.....	39
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.....	42
OMS	– Organização Mundial da Saúde.....	42
MEDLINE	– <i>MEDLARS on LINE</i> - Literatura Internacional. Livros Eletrônicos ou sistemas de auxílio à recuperação bibliográfica	46
LILACS	– <i>Literatura Latino Americana Y del Caribe em Ciências de la Salud</i>	46
SUS	– Sistema Único de Saúde.....	48
MPAS	– Ministério de Previdência e da Assistência Social.....	48
SAS	– Secretaria de Assistência Social.....	48
D.O.U.	– Diário Oficial da União.....	48
CFO	– Conselho Federal de Odontologia.....	50
CRO	– Conselho Regional de Odontologia.....	50
ABO	– associação Brasileira de Odontologia.....	50
CPO-D	– Dentes Cariados, Perdidos e Obturados.....	51
PF	– Prótese Fixa	51
PPR	– Prótese Parcial Removível.....	51
H ₀	– Hipótese nula.....	56

H ₁	– Hipótese.....	56
ESEF	– Escola Superior de Educação Física.....	59
UPE	– Universidade de Pernambuco.....	59
GI	– Grupo de Idosos Institucionalizados.....	60
GNI	– Grupo de Idosos Não Institucionalizados.....	61
FOP	– Faculdade de Odontologia de Pernambuco.....	61
SD	– Saúde Deficiente.....	61
RR	– Recusou-se a responder.....	62
RF	– Retorno à Família.....	62
O	– Foi a Óbito.....	62
FACES III	– <i>Family Adaptability Cohesin Scales</i> – Escala diagnóstica de funcionamento Familiar	63
DP	– Desvio Padrão.....	66
TV	– Aparelho de televisão.....	72
EPI	– Equipamentos de Proteção Individual.....	73
C	– Cariados (Dentes).....	74
P	– Perdidos (Dentes).....	75
O	– Obturados (Dentes).....	75
H	– Hígidos (Dentes).....	75
SAS	– <i>Statistical Analysis System</i>	83
PSF	– Programa Saúde da Família.....	115

Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	31
2	REVISTA DA LITERATURA	36
2.1	A FAMÍLIA DO SÉCULO XXI E O IDOSO.....	36
2.2	O IDOSO E A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA.....	40
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO.....	44
2.4	ESTUDOS DE PREVALÊNCIA E DE INCIDÊNCIA DE CÁRIE E DE PERDA DENTÁRIA	46
3	OBJETIVOS	55
3.1	OBJETIVO GERAL.....	55
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	55
4	HIPÓTESES	57
5	METODOLOGIA	59
5.1	LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	59
5.2	ABORDAGEM AO LOCAL DE ESTUDO E AOS IDOSOS	60
5.3	TAMANHO E SELEÇÃO DA MOSTRA.....	61
5.3.1	Idosos institucionalizados (GI)	61
5.3.2	Idosos não institucionalizados (GNI)	62
5.3.3	Fatores de exclusão da amostra	62
5.4	DESENHO DO ESTUDO.....	63
5.5	FLUXOGRAMA DA PESQUISA.....	65
5.6	COLETA DE DADOS.....	66
5.6.1	Instrumentos	66
5.6.1.1	Questionário FACES III	66
5.6.2	Fichas para o levantamento epidemiológico da cárie e de perda dentária	71
5.7	PROCEDIMENTOS.....	71
5.7.1	Calibração	71
5.7.2	Aplicação do Questionário FACES III	73
5.7.3	Exame físico intrabucal	74
5.7.3.1	Biossegurança.....	74
5.7.3.2	Critérios para o exame físico intrabucal	74
5.7.3.3.1	<i>Cárie dentária – Índice CPO-D</i>	75
5.7.3.3.2	<i>Perda dentária – Índice CPO-D</i>	77
5.7.3.3.3	<i>Uso e necessidade de prótese dentária</i>	77
5.8	ELENCO DAS VARIÁVEIS.....	79
5.8.1	Variáveis dependentes	79
5.8.2	Variáveis independentes	79
5.9	ESTUDO PILOTO.....	80
5.10	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	83
5.11	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	84

6	RESULTADOS	86
7	DISCUSSÃO	105
7.1	TRAJETÓRIA DO ESTUDO.....	105
7.2	CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO.....	106
7.3	COESÃO FAMILIAR.....	109
7.4	CONDIÇÃO DENTÁRIA.....	113
8	CONCLUSÃO	118

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A família é um sistema vivo, que possui um ciclo vital (nasce, cresce, amadurece e morre), podendo ou não originar uma nova família. Por ser vivo é um sistema aberto que depende de trocas com o meio em que está inserido para manter o seu funcionamento (SOUZA, 1997).

As relações interpessoais dos grupos familiares são fatores predominantes para a adesão do idoso às novas configurações sociais (participação, interação e novos comportamentos e ações), sinais de melhoria da qualidade de sua vida, exercendo na família um importante papel que interfere, desde a valorização da autoestima às condições de saúde geral do idoso (VERAS, 2003).

Quando o idoso sai do seu núcleo familiar, muitas vezes, modifica o seu comportamento, tornando-se depressivo, externando sentimentos de abandono e de solidão (OLIVEIRA; PASIAN; JACQUEMIN, 2001).

A velhice é um fenômeno biológico, um processo patogênico, sócio-econômico ou psicossocial. As mudanças biológicas e/ou funcionais que ocorrem nesse ciclo vital resultam do processo do envelhecimento, causando impacto sobre o psiquismo do idoso alterando-lhe a autoimagem, influenciando no seu ajustamento.

A elaboração desta tese atende ao disposto nas NBR – 10520:2002 (Informação e documentação – Citação em documentos – Apresentação); 6023:2002 (Informação e documentação – Referências – Elaboração); 6024:2003 (Informação e documentação – Numeração progressiva das sessões de um documento escrito – Apresentação); 6028:2003 (Informação e documentação – Resumo – Apresentação) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Na medida em que a pessoa sofre mudanças de ordem física e intelectual, as estruturas de sua personalidade tendem, também, a se modificar (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

O processo acelerado da transição demográfica, nos diversos países e no Brasil, promove um aumento da demanda por institucionalização de longa permanência, representando alternativas para certas situações, tais como: a) necessidade de reabilitação intensiva no período hospitalar e o retorno ao domicílio; b) ausência temporária do cuidador domiciliar; c) estágios terminais de doenças; d) e níveis de dependência muito elevados (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999).

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial e as demandas sociais requeridas por esse grupo de pessoas são cada vez mais crescentes, estimando-se que o aumento percentual para os próximos anos, na população idosa dos países subdesenvolvidos, será maior que nos países desenvolvidos (CORMACK, 2001; CARVALHO; GARCIA, 2003).

A população dos muito-idosos ou idosos velhos (80 anos ou mais) também aumentará e, em 2020, 57% das pessoas, nesta faixa etária, estarão mostrando que a longevidade deixará de ser característica dos países do primeiro mundo, e dois terços da população idosa mundial estarão sediados nos países subdesenvolvidos. (PASCHOAL, 1997).

Para esse segmento populacional, a saúde bucal não tem sido considerada como parte essencial e integrante do indivíduo. A grande maioria dos

idosos desconhece a importância da prevenção oral, as técnicas e procedimentos de higienização, e não possuem capacidade motora ou condição neurológica para aplicá-las. Com a ausência de programas de odontogeriatría no Brasil, grande parte desse seguimento populacional não tem acesso aos benefícios da prevenção (PEREIRA, *et al.*, 1996).

No processo saúde-doença bucal, o desenvolvimento da cárie dentária pode e deve ser interrompido, mesmo assim, ainda é um dos grandes problemas da odontologia, considerando-se a sua prevalência e incidência na população brasileira (LASCALA, 1997), principalmente na idosa (ROSA; CASTELLANOS; PINTO, 1993; MARINO, 1994; MOJON, RENTSCH, BUDTZ-JORGENSEN, 1995; MONCRIEFF, 1996; CALDAS JR *et al.*, 2002).

As perdas dentárias, somadas à necessidade de próteses e às alterações nos tecidos moles, afecções freqüentes na terceira idade, são pouco percebidas e pesquisadas. Para tais problemas, identificados pelos idosos e diagnosticados pelos profissionais, existem métodos preventivos eficazes e de fácil aplicação que não estão sendo direcionados à população idosa, especialmente a institucionalizada (LUCENA; IMPERIANO; MACIEL, 2001).

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi estimar a influência da coesão familiar, na prevalência de cárie e perda dentária, em idosos institucionalizados e não institucionalizados, na cidade do Recife-PE.

==== **Revista da Literatura**

2 REVISTA DA LITERATURA

2.1 A FAMÍLIA DO SÉCULO XXI E O IDOSO

A família como unidade básica da interação social, é a forma mais genérica e sintética de enunciá-la, porém, não é suficiente para situá-la como agrupamento humano, no contexto histórico-evolutivo do processo civilizatório (OSÓRIO,1996).

A família é o espaço social onde seus membros interagem, trocam informações, apóiam-se mutuamente, buscando esforços para amenizar e solucionar problemas. É um grupo dinâmico, variando de acordo com a cultura e o movimento histórico, econômico, cultural e social que está vivenciando (COUTIN, 2001).

A palavra família origina-se do vocábulo latino *famulus*, que significa “servo” ou “escravo”, assim designada na antiguidade, incluindo na sua composição o conjunto de escravos ou criados de uma mesma pessoa. As relações familiares, ao longo do tempo, permearam a noção de posse e a questão do poder, intrinsecamente vinculados à origem e evolução do grupo familiar (OSÓRIO, 2002).

No século passado, o padrão da família mudou, com a saída da mulher para o mercado de trabalho. As famílias diminuíram de tamanho e a mulher passou a acumular a suas funções domésticas, atividades profissionais (externas),

resultando no aumento do estresse e desequilíbrio interno das famílias. (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BENFAM, 1996; CHINOY, 1999; BUCHER, 2002; LEÃO; MARINHO, 2002; PASTORE, 2002; FARIA, 2003)

Os seres humanos passam por três estágios denominados ciclos da vida que vão do nascimento até a morte. O primeiro, a época de progresso, desenvolvimento e evolução (a juventude); o segundo, da estabilização, do equilíbrio e da maturidade (a idade adulta); e o último, da regressão (a velhice), caracterizada pela população idosa. Embora, para a Organização das Nações Unidas – ONU, o conceito de idoso como o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos remonte a 1982, no Brasil este conceito passou a ser reconhecido apenas em 1994, com a Lei Nº 8.842/94, Art. 2º do Capítulo I (BRASIL, MS/SPS/CNS, 1999).

O envelhecimento é um processo dinâmico, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que alteram, progressivamente, o organismo, tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas (CARVALHO FILHO, 1996).

Trata-se de uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, um desequilíbrio do meio interno, o que fragiliza o indivíduo, causando-lhe uma progressiva vulnerabilidade diante de uma sobrecarga fisiológica. No entanto, o envelhecimento saudável é um processo de preservação da capacidade funcional, da autonomia e da qualidade de vida (BRASIL, MS/SPS/CNS, 1999).

As representações sociais das pessoas idosas sobre a velhice, o idoso e o envelhecimento, como processo, se apresentam em três tipos: a) a representação doméstica e feminina, na qual a perda dos laços familiares é central; b) a tipicamente masculina, apoiada na noção de atividade, caracterizando o envelhecimento como perda do ritmo de trabalho; c) e a representação mais utilitarista apresenta o envelhecimento como desgaste da "máquina humana" (VELOZ; SCHULZE; CAMARGO, 1999).

Em relação às atividades da vida diária, as famílias necessitam estar devidamente orientadas para atuar na prestação dos cuidados aos idosos, ressaltando o importante papel que o cuidador desempenha, seja ele familiar ou institucional. A interação familiar entre o idoso e os seus familiares interfere na sua adaptação e aceitação de um novo lar (institucional) e aos novos cuidadores (BRASIL, MS/SPS/CNS, 1999).

O cuidador é a pessoa ou membro da família, remunerado ou não, que cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas funções diárias (alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina), acompanhamento aos serviços de saúde ou outros requeridos pelo cotidiano, excluindo as técnicas de enfermagem (BRASIL, MS/SPS/CNS, 1999).

As políticas de saúde direcionadas ao idoso, cuja capacidade funcional encontra-se comprometida, apontam para "o retorno ao modelo de cuidados domiciliares, bastante discutidos, que não pode ter como única finalidade baratear

custos ou transferir responsabilidades... demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas” (BRASIL, MS/SPS/CNS, 1999, p. 8).

A sociedade precisa entender que o envelhecimento da população é uma questão que extrapola a esfera familiar, o individual e o âmbito público – o Estado, Organizações Não-governamentais (ONGs) e diferentes segmentos sociais. O mais necessário, e talvez urgente, é dar condições ao idoso para sentir-se respeitado e amado, e que independente de onde resida, possa manter a sua interação familiar, o que facilitará a sua adesão às novas configurações sociais e qualidade de vida, interferindo ou não em sua saúde (BRASIL, MS/SPS/CNS, 1999).

A família como célula básica da sociedade tem sido colocada em segundo plano dando lugar a vínculos superficiais. A carreira profissional e a corrida pela sobrevivência tomam o seu espaço, diminuindo, cada vez mais, a atenção aos idosos, promovendo o aumento da sua institucionalização (FARIA, 2003).

Tais mudanças têm provocado um aumento na “internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares... questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência” (BRASIL, MS/SPS/CNS, 1999).

A coesão presente nos laços de família é um traço marcante na formação do indivíduo quanto a sua consistência e estrutura. Ela perdura por todos os ciclos da vida. O papel da família é de suma importância porque interfere desde a valorização da auto-estima às condições de saúde geral do idoso (VERAS, 2003).

2.2 O IDOSO E A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA

O Brasil, à semelhança de diversos países do mundo, vem envelhecendo rapidamente. A população idosa, composta por indivíduos com mais de 60 anos, compõe o segmento populacional que mais cresce, em termos proporcionais, apresentando um declínio de mortalidade infantil e das taxas de fecundidade, aumentando a expectativa de vida, alterando a sua estrutura populacional (RAMOS; VERAS; KALACHE,1987; KINA *et al.*,1996; FRARE *et al.*,1997; PADILHA *et al.*,1998; PEREIRA; SILVA; MENEGUIM, 1999; VERAS,2003; CARVALHO; GARCIA, 2003) e o modo de viver.

Se, em 1950, a população de idosos brasileiros era de 2,1 milhões de pessoas, no ano 2025 poderá ser de 31,8 milhões, correspondendo a um crescimento populacional 15 vezes maior do que o restante da população, que crescerá, no mesmo período, apenas cinco vezes (PEREIRA *et al.*, 1996; WERNER *et al.*, 1998; RIBEIRO, 1999; SALIBA *et al.*, 1999; CORMARCK, 2001; VERAS, 2003; CARVALHO; GARCIA, 2003).

Os idosos de 60 anos ou mais, predominantemente vivem sozinhos, quer pela condição civil (solteiros, viúvos) ou por tendência ao isolamento social, de onde emergem situações de desamparo, justamente nessa fase da vida, quando se espera maior apoio externo (OLIVEIRA; PASIAN; JACQUEMIN, 2001).

O meio ambiente o comportamento e o estilo de vida, a estrutura genética ou condição biológica individual e o acesso aos serviços de saúde são

fatores essenciais e determinantes da saúde do idoso (PAIM, 2003; STARFIELD, 2004; DUCAN, 2004), concebida como bem-estar, refletido pela qualidade de vida das pessoas.

Desde a década de 70, os estudos demográficos vêm apontando um aumento da população idosa no Estado de Pernambuco, sendo tal crescimento acompanhado por uma deterioração crescente na qualidade de vida dessa população. Em relação aos fatores socioeconômicos, 81,4% dos idosos do Estado residem no interior e 18,6%, na capital. A taxa de analfabetismo entre as pessoas maiores de 60 anos é de 61,6%, onde 63,5% são do sexo feminino, contra 59,7% do masculino. Quanto à renda mensal, 26,9 % dos idosos do sexo masculino e 16,1% do sexo feminino ganham de um quarto a um salário mínimo, enquanto 1,3% dos homens e 0,2% das mulheres recebem mais de dez salários mínimos (IBGE, 1996).

O aumento da expectativa de vida da raça humana (Figura 1) tem como causas, desde o saneamento das águas de uso público, diminuindo o número de doenças ao controle da natalidade; a diminuição da mortalidade infantil, devido às vacinações em massa e outros programas de saúde pública; os avanços da medicina, com novas tecnologias e medicações; e os estilos de vida mais saudáveis, nutrição, exercício físico (DUNKERSON, 1999).

Idade	Ambos os sexos				Homens				Mulheres			
	1980	1991	2000	2003	1980	1991	2000	2003	1980	1991	2000	2003
0	62,6	66,9	70,5	71,3	59,7	63,2	66,7	67,6	65,7	70,9	74,4	75,2
10	58,5	61,2	63,3	63,9	55,8	57,7	59,7	60,4	61,4	64,8	66,9	67,5
15	53,7	56,4	58,4	59,1	51,1	52,9	54,9	55,5	56,6	60,0	62,0	62,6
20	49,1	51,7	53,8	54,4	46,5	48,4	50,4	51,0	51,9	55,2	57,2	57,8
25	44,6	47,3	49,3	49,9	42,2	44,2	46,2	46,8	47,2	50,4	52,4	53,0
30	40,2	42,9	44,8	45,4	37,9	40,1	42,0	42,5	42,7	45,7	47,7	48,3
50	23,6	26,1	27,8	28,2	22,0	24,2	25,6	26,2	25,4	27,9	29,7	30,1
55	19,9	22,3	23,9	24,3	18,4	20,7	22,2	22,5	21,4	23,9	25,6	26,0
60	16,4	18,8	20,3	20,6	15,2	17,4	18,8	19,1	17,6	20,0	21,7	22,1
65	13,2	15,4	17,0	17,2	12,2	14,4	15,7	15,9	10,1	16,4	18,1	18,4
70	10,2	12,4	13,9	14,1	9,4	11,5	12,9	13,1	10,9	13,1	14,8	15,0

FONTE: IBGE/DPE/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Figura 1 – BRASIL – Esperança de Vida às Idades Exatas – 1980/1991/2000 e 2003

No Nordeste, no início da década de 90, os idosos representavam 7,3% da população total. A média da expectativa de vida dos brasileiros em outras regiões era de 67 anos, enquanto a dos nordestinos era de 55 anos. A população nordestina era a que mais envelhecia no país, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pernambuco, o sexto Estado brasileiro com maior número de idosos, representando 7,8% da população total, sendo 45,6% do sexo masculino e 54,4% do sexo feminino (FUNDAÇÃO IBGE, 1991).

O Censo demográfico de 2000 registrou 14.536.029 de pessoas com 60 anos ou mais de idade, vivendo nas grandes cidades, contra 10.722.705 em 1991 (Figura 1). A previsão do IBGE é que, nos próximos 20 anos, esse contingente da população brasileira poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, devendo representar quase 13% da população, ao final deste período (FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

O peso relativo da população idosa, no início da década 90, representava 7,3%, enquanto, em 2000 já atingia uma proporção de 8,6%, crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças. Em 1980, existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos por 100 crianças. Os números mostram que uma em cada dez pessoas tem 60 anos ou mais e a previsão é de que em 2050, a relação será de uma para cinco, em todo o mundo, e de uma para três, nos países desenvolvidos (FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

Região e Unidade da Federação	Total		População residente com idade de 60 anos ou mais			
	Absoluto	Relativo	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 anos ou mais
Brasil	14 536 029	8,6	2,7	2,1	1,6	2,1
Nordeste	4 020 857	8,4	2,6	1,9	1,6	2,4
Pernambuco	704 886	8,9	2,8	2,1	1,7	2,4

FONTE: IBGE (2000).

Figura 2 – População residente total e de 60 anos ou mais por grupos de idades no Brasil, na Região Nordeste e no Estado de Pernambuco, no período de 1991 a 2000.

A queda da taxa de fecundidade ainda é a principal responsável pela redução do número de crianças, mas a longevidade vem contribuindo progressivamente para o aumento de idosos na população. Um exemplo é o grupo das pessoas de 75 anos ou mais de idade, que teve o maior crescimento relativo (49,3%) nos últimos dez anos, em relação ao total da população idosa (FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

Para o ano de 2020, a projeção é de que a população com idade de 65 anos ou mais aumente de 5% para 9%, estimativa esta que fará com que o Brasil tenha, em vinte e cinco anos, a sexta população de idosos do mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que o país terá 33 milhões de pessoas com este perfil (BRASIL, MPAS/SAS, 1996; BRASIL, MPAS/SAS, 1999; VERAS, 2003; BALASSIANO, 2003).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO

A atenção à saúde, no Brasil, configura-se direito de todos. Apesar disso, as desigualdades sociais observadas no acesso e uso dos serviços de saúde pelos idosos indicam a falta de equidade, um dos princípios institucionais do sistema de saúde brasileiro e também priorizado na Política Nacional do Idoso (BRASIL, MPAS/SAS, 1996).

O cuidado da saúde bucal da população idosa requer atenção especial ao atendimento preventivo e curativo de pacientes com doenças ou condições de

caráter sistêmico e crônico, associados aos problemas fisiológicos, físicos ou psicológicos (WERNER; MARFINATI, 2002).

O idoso necessita de tratamento especial, cujo foco de atuação ultrapassa o modelo protesista restaurador (PADILHA *et al.*, 1998). O acesso e uso dos serviços pelos idosos são bastante influenciados pela sua situação econômica e/ou de sua família, quando, aqueles que apresentam menor renda familiar são, também, os que possuem piores condições de saúde (LIMA-COSTA *et al.*, 2003).

Segundo Pereira (1996), a falta de conhecimento e de orientação sobre prevenção, técnicas e procedimentos de higiene bucal, somadas à pouca capacidade motora ou condição neurológica dos idosos, nem sempre lhes dão condição para aplicação de tais procedimentos. Nos planejamentos e gestões públicas, são alvos secundários da atenção à saúde, apresentando elevado índice de cárie e de perda de elementos dentários, além da saúde periodontal seriamente comprometida.

Para a maioria dos idosos, o edentulismo é conseqüência natural do envelhecimento, quando, a perda dentária resulta de doenças, traumas e composição genética. A carência de programas de odontogeriatria para atender à grande demanda dessa população impede que os idosos recebam os benefícios da prevenção (PEREIRA *et al.*, 1996).

O conhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento deve ser de interesse do cirurgião-dentista, porque um somatório de condições internas e

externas, em maior ou menor grau, relaciona-se entre si, acelerando ou não tais alterações, no decorrer do processo de envelhecimento, independente da sua intensidade, podendo interferir nos procedimentos odontológicos, conforme trabalhos publicados, referenciando grande número de problemas, oriundos de situações sistêmicas variadas, próprias da idade avançada (CARDOSO, 1975; FRANKS; HEDEGARD, 1977; KRIBBS; SMITH; CHESNUT, 1983; NICOLA, 1986; MARINO, 1994; PUCCA JR., 1996; WERNER, 1998; SEHL, 2001; TORRES, 2002; HEBLING, 2003 *apud* SAINTRAIN, 2003).

2.4 ESTUDOS DE PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DE CÁRIE E DE PERDA DENTÁRIA

A realidade, mitos e perspectivas de saúde oral da população de idosos da América Latina, avaliada em revisão bibliográfica de estudos constantes da *MEDLINE* e *LILACS*, evidenciam a necessidade de programas de saúde oral, orientados e desenvolvidos para este grupo específico de pacientes (MARINO 1994).

A influência da situação protética sobre a incidência de cáries e doenças periodontais, em idosos hospitalizados, foi avaliada em estudos que ratificaram a importância da instrução da higiene oral e de consultas regulares ao cirurgião-dentista, inclusive para fazer a revisão de próteses (MOJON *et al.*, 1995).

Com a intenção de alertar os profissionais da saúde (cirurgiões-dentistas e auxiliares) e demais cuidadores de idosos, sobre a importância da manutenção da saúde oral (SHAY; SHIP, 1995), recrutaram e treinaram profissionais da odontologia,

com a finalidade de mostrar-lhes como ajudar aos pacientes a obterem e manterem uma ótima condição oral.

Uma revisão de literatura internacional, sobre casas de saúde geriátricas, revelou uma epidemia de cáries não tratadas, doenças periodontais e perdas dentárias. Nela, foram considerados como obstáculos para remediar esta situação complicada, a condição da assistência médica aos idosos, a confusão existente sobre o protocolo de tratamento e os recursos inadequados (MONCRIEFF, 1996).

A saúde bucal foi objeto de estudo em que 104 pacientes idosos de 60 a 89 anos foram examinados, comprovando-se que é muito deficiente a manutenção da saúde bucal nesses pacientes, sendo necessária uma maior atenção odontológica, direcionada a essa faixa etária, considerando-se a ausência de programas específicos para o atendimento aos idosos, em larga escala, no Brasil (PEREIRA *et al.*, 1996).

A maioria dos estudos indica a cárie dentária como causadora da perda de elementos dentários. As razões das perdas foram investigadas em pacientes de casas geriátricas, chegando-se à conclusão de que o percentual mais alto encontrado foi motivado por doenças periodontais, sugerindo uma maior atenção à necessidade de prevenção das doenças bucais (STABHOLZ *et al*, 1997).

Apesar de alguns avanços nas políticas públicas de atenção ao idoso¹, ocorridas desde a década passada e meados da presente, com o programa “Brasil Sorridente”; ainda se constata a existência de discrepâncias, quanto à operacionalização de ações de saúde bucal direcionadas aos idosos, ferindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e deixando que o Brasil figure entre os primeiros países do mundo, em cárie dentária e em edentulismo.

Em 1986, o Ministério da Saúde realizou o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal, na zona urbana, em 16 capitais das cinco regiões brasileiras e, nos resultados, constatou-se que cerca de 70% da população, na faixa etária de 50 a 59 anos, apresentavam um dos seus maxilares totalmente desdentado. Nesta mesma faixa etária, apenas 23% dos indivíduos examinados não necessitavam de prótese total (BRASIL, 1988).

O fato desse levantamento não ter contemplado a população de idosos com 60 anos ou mais, talvez se deva à baixa expectativa de vida do brasileiro, naquela ocasião (RONCALLI, 2006), apesar da faixa etária 65 – 74 anos ser considerada idade índice naquela ocasião (OMS, 1991).

Uma década depois, outro levantamento epidemiológico, em saúde bucal, foi realizado em âmbito nacional (zona urbana) pela Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, desta vez contemplando um maior espaço amostral, representativo de 27 capitais brasileiras, para a faixa etária de 6 a 12 anos,

¹ Política de Atenção ao Idoso, BRASIL, MPAS, SAS, 1996. Política Nacional de Saúde do Idoso, BRASIL, MS, CNS, 1999. Estatuto do Idoso, Lei nº 10.740, publicada no D. O. U. de 03 de outubro de 2003, passando a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2004.

gerando dados relativos apenas à cárie dentária (BRASIL, 1996) e, novamente, um dos grupos não examinados foi o de pessoas idosas.

O diagnóstico situacional da saúde bucal realizado não contemplou o grupo etário que mais cresce nos últimos anos, com estimativa de aumento 15 vezes maior do que o restante da população, que crescerá, no mesmo período, apenas cinco vezes (PEREIRA *et al.*, 1996; WERNER *et al.*, 1998; RIBEIRO, 1999; CORMACK, 2001; VERAS, 2002), denotando a exclusão e o descaso para com os idosos.

A perda dentária resulta de uma complexa interação entre as doenças dentárias e a falta de medidas preventivas e terapêuticas utilizadas, tanto pelo indivíduo como pelo profissional que o assistiu (MORIGUTI, 2002). Um estudo realizado em idosos institucionalizados e não institucionalizados, na cidade de Recife, mostrou um percentual de 61,7% e 52,1% de edêntulos, respectivamente (CALDAS JR. *et al.*, 2002).

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um projeto de levantamento epidemiológico que não avaliasse apenas a cárie dentária, mas os principais agravos à saúde bucal da população urbana e rural, desta feita contemplando diferentes grupos etários e amostra que permitisse a obtenção de dados representativos por macrorregião do Estado e por porte populacional das cidades envolvidas (250 municípios).

Para tanto, contou com a participação de várias instituições e entidades odontológicas, tais como: Conselho Federal e Regionais de Odontologia (CFO/CRO); Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e suas regionais; Faculdades de Odontologia; e o suporte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Assim, em 2001, foi realizado um estudo piloto em duas cidades de diferentes portes populacionais (Canela-RS e Diadema-SP), para a validação dos instrumentos. Em 2002, foram realizadas oficinas de treinamento, calibração das equipes de trabalho e em 2003, teve início o trabalho de campo que envolveu aproximadamente 2000 trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde) e contemplou os seguintes grupos etários:

- a) 18 a 36 meses (segmento populacional incluído pela primeira vez nos levantamentos brasileiros);
- b) 5 anos (estimar os níveis de doenças bucais na dentição decídua);
- c) 12 anos (monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências da doença);
- d) 15 a 19 anos (possibilidade de estudo comparativo dos dados obtidos nos levantamentos anteriores);
- e) 35 a 44 anos (possibilita a avaliação do efeito total da cárie dentária, o nível de severidade de envolvimento periodontal e os efeitos gerais dos tratamentos prestados);
- f) e finalmente de 65 a 74 anos (pela primeira vez um levantamento contempla esse grupo etário).

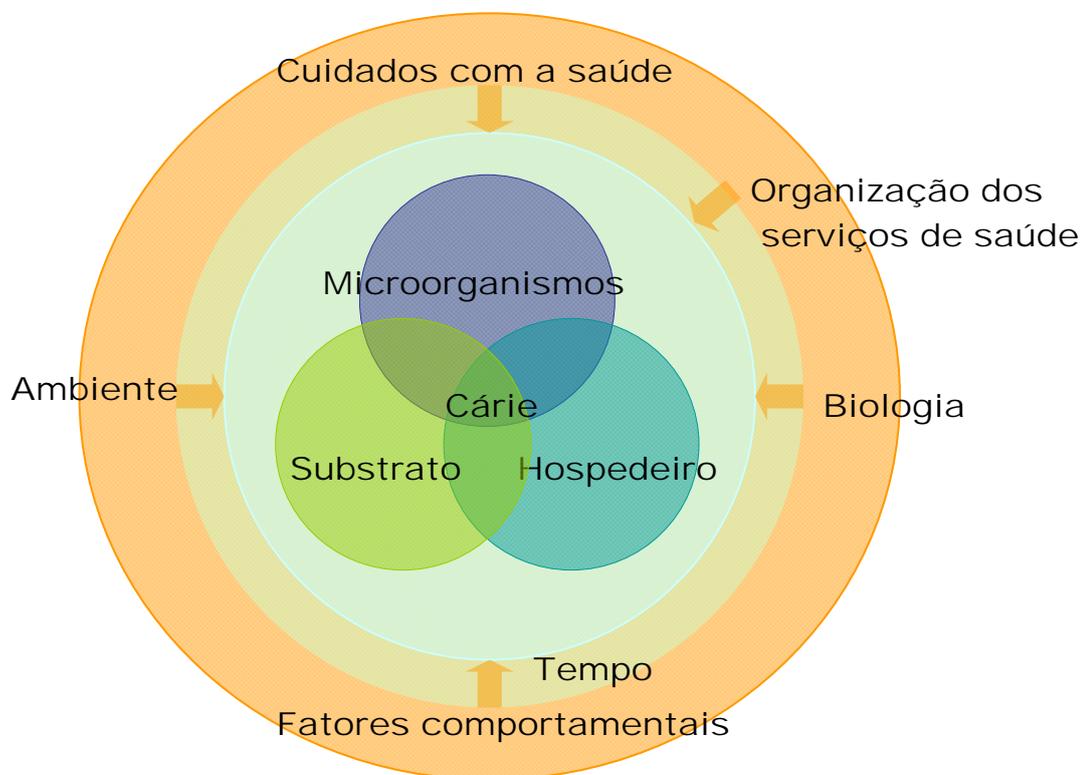
O quadro encontrado, na faixa etária de 65 a 74 anos, na região nordeste, foi bastante crítico, no qual o CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) médio individual apresentou o valor de 27,27. O componente dente cariado foi de 6,23% e obturado com cárie 0,07%; os dentes perdidos representaram 92,41%; e 1,25% de dentes obturados (SB BRASIL, 2003).

Quanto ao uso de próteses, 45,48% não necessitavam, enquanto 54,52% necessitavam. Destes, 2,19% foi prótese fixa (PF) ou parcial removível (PPR) de um elemento dentário para o arco superior e 1,78%; com mais de dois elementos 5,89% de PF e 14,25% PPR; os que necessitavam de combinação de mais de um tipo de prótese apresentaram 6,99% para o arco superior e 12,88% para o inferior; e comprovando a presença marcante de edentação ou edentulismo, 15,89% necessitavam de prótese total para o arco superior e 25,62% para o inferior (SB BRASIL, 2003).

Com o aumento da expectativa de vida da população, os dados obtidos, nesse levantamento (SB BRASIL, 2003) foram de suma importância, tanto para o planejamento de ações de saúde bucal para a população idosa como para o tratamento e o monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados à população.

Para a realização de tais programas, a cárie dentária não pode ser vista, apenas, como uma doença infectocontagiosa, de origem microbiana, resultante da interação complexa e simultânea entre bactérias, superfície dentária, dieta e higiene oral. Segundo Freitas (2001), ela deve ser analisada numa perspectiva social, baseada nos princípios básicos do método epidemiológico, numa abordagem mais

coletiva, identificando grupos de risco e a construção de novos modelos explicativos para a doença cárie, englobando determinantes sociais e psicológicos (Figura 3).



Fonte: ERICKSEN, H.M.; BJERTNESS, E., 1991; *apud* FREITAS (2001).

Figura 3 – Modelo Dinâmico Sócio-ecológico da Cárie Dentária.

A importância de dados epidemiológicos, relativos à prevalência das doenças bucais dos idosos é uma necessidade premente, aclamada por estudiosos. Numa revisão de literatura, os resultados da maioria dos estudos nessa área sobre a saúde bucal do idoso, constatam que a idade mostra-se fortemente associada à perda total de dentes, ou seja, à medida que se avança na idade aumenta o edentulismo (PUCCA, 1998; SALIBA *et al.*, 1999; PUCCA, 2002).

O meio ambiente, o comportamento, o estilo de vida, a estrutura genética ou condição biológica individual e o acesso aos serviços de saúde do idoso

(PAIM, 2003; STARFIELD, 2004; DUCAN, 2004) são concebidos como bem-estar, refletido pela qualidade de vida das pessoas.

A saúde bucal também reflete na qualidade de vida das pessoas e, a partir dos dados epidemiológicos divulgados pelo SB BRASIL (2003), com a implementação do Programa “Brasil Sorridente”, surge um novo paradigma na saúde bucal, no Brasil, com uma política criada pelo governo federal que reúne ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as idades, atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, promovendo a prevenção, recuperação e a reabilitação da saúde bucal de todos os brasileiros, sem distinção de faixa etária (PUCCA, 2006).

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAL

Estimar a influência da coesão familiar na prevalência de cárie e perda dentária, em idosos institucionalizados e não institucionalizados, na cidade do Recife-PE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estabelecer o grau de coesão familiar percebido pelos idosos de cada grupo.
- b) Estimar a prevalência de cárie, perda dentária, edentulismo, uso e necessidade de prótese dos idosos institucionalizados e não institucionalizados.
- c) Verificar se a coesão familiar entre o idoso e sua família está associada à prevalência de cárie, perda dentária, edentulismo, uso e necessidade de prótese de ambos os grupos estudados.

Hipóteses

4 HIPÓTESES

H_0 - Não há influência da coesão familiar, na prevalência de cárie e perda dentária, em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

H_1 - Há influência da coesão familiar na prevalência de cárie e perda dentária, em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

==== **Metodologia**

5 METODOLOGIA

5.1 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

O presente estudo foi desenvolvido na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, situada no Nordeste Brasileiro, numa área de 218,7 km² e população de 1.422.905 habitantes, dos quais 153.399 são idosos, com 60 anos ou mais (IBGE, 2000).

A pesquisa foi realizada em dois campos de atuação. O primeiro constituído de 10 instituições geriátricas, mantidas por entidades religiosas, filantrópicas e públicas, sorteadas da lista de 50 instituições de longa permanência, fornecida pela Secretaria da Política de Assistência Social da Prefeitura Municipal da Cidade do Recife (Anexo A), abaixo relacionadas:

- a) Companhia de Caridade Instituto Padre Venâncio
(Religiosa – Arquidiocese de Olinda e Recife);
- b) Abrigo Espírita Batista de Carvalho-“Lar das Vovozinhas”
(Filantrópica – Associação Espírita Batista de Carvalho);
- c) Abrigo Espírita Lar de Jesus
(Filantrópico – Centro Espírita Lar de Jesus);
- d) Casa de Longa Permanência Lar Porto Seguro
(Pública – Prefeitura Municipal do Recife);
- e) Lar Geriátrico Casa dos Humildes
(Filantrópica – Associação Espírita Casa dos Humildes);

- f) Casa de Longa Permanência Iêda Lucena
(Pública – Prefeitura Municipal do Recife);
- g) Lar Batista para Anciãos
(Religiosa – Igreja Batista - Associação dos Diáconos de Pernambuco);
- h) Centro Geriátrico Irmã Clementina
(Religiosa – Santa Casa de Misericórdia);
- i) Abrigo Espírita Casa do Amor
(Filantrópica – Associação Espírita Casa do Amor);
- j) Lar de Maria
(Filantrópica – Centro Espírita Moacir).

O segundo campo foi nas instalações do parque aquático da Escola Superior de Educação Física – ESEF, da Universidade de Pernambuco – UPE (Anexo B), local onde foi desenvolvida a coleta de dados, tanto do estudo piloto, no período de novembro de 2005 a janeiro de 2006, como do estudo principal, de fevereiro a maio do mesmo ano.

5.2 ABORDAGEM AO LOCAL DO ESTUDO E AOS IDOSOS

Após o encaminhamento do projeto da pesquisa ao Comitê de Ética, solicitando o parecer, também foi formalmente solicitado às instituições envolvidas a apresentação da equipe e a devida autorização para funcionar como campo de pesquisa (Apêndice A).

Os idosos participantes do estudo foram informados e esclarecidos pela pesquisadora, de forma detalhada, sobre a finalidade, objetivos, métodos, benefícios esperados, potenciais de risco ou incômodo que o estudo pudesse acarretar, bem como, a garantia do sigilo das informações e do direito de sua permanência ou de desistência, em qualquer momento do processo. A eles também foi solicitado o consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

5.3 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

5.3.1 Idosos institucionalizados (GI)

O processo de amostragem do estudo caracterizou-se por multiestágio ou amostra multifásica, considerando-se a obtenção da amostragem em duas etapas ou estágios, processo bastante utilizado em pesquisas na área de saúde, com a finalidade de tornar a mostra representativa da população alvo do estudo: idosos residentes em instituições geriátricas ou casas de longa permanência (PEREIRA, 2002).

No primeiro estágio, do universo de 50 instituições geriátricas da cidade do Recife, foram sorteadas 10, representando 20% do total. No segundo estágio, buscou-se identificar a população de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes nas instituições sorteadas, encontrando-se um total de 313 idosos.

A partir dessa população, foi realizado um censo (número de pessoas que compõem o universo da amostra), com a finalidade de entrevistar e examinar todos os 313 idosos, residentes nas referidas instituições sorteadas.

5.3.2 Idosos não institucionalizados (GNI)

O tamanho e seleção da amostra nesse grupo, também foram obtidos em dois estágios. No estágio inicial, a amostra foi intencional. Convencionou-se, como campo da pesquisa, o parque aquático da ESEF/UPE, local de origem dos idosos não institucionalizados (GNI), clientela-alvo do Projeto de Extensão Master Vida (Anexo B), com o qual a Faculdade de Odontologia FOP/UPE já desenvolve outras pesquisas.

No segundo estágio, foram selecionados todos os idosos com 60 anos ou mais, participantes do referido projeto, perfazendo um total de 300, realizando-se também um censo, no qual todos foram entrevistados e examinados, utilizando-se os mesmos critérios adotados para com o grupo dos institucionalizados (GI).

5.3.3 Fatores de exclusão da amostra

O universo amostral foi de 613 idosos (313 do GI e 300 do GNI), dos quais 200 foram excluídos do estudo, de acordo com os seguintes critérios:

- a) apresentaram condições desfavoráveis de saúde (SD), especialmente doentes mentais e/ou extremamente debilitados, conforme prontuários médicos;
- b) recusaram-se a responder às entrevistas (RR);
- c) retornaram ao convívio da família ou foram transferidos para outra instituição (RF);
- d) foram a óbito (O).

Tais fatores reduziram a população inicial de 613 para 413 idosos, divididos em dois grupos: 235 no GI e 178 no GNI.

5.4 DESENHO DO ESTUDO

O estudo descritivo buscou investigar possíveis associações entre a coesão familiar e a prevalência de cárie e de perda dentária de dois grupos de idosos, na cidade do Recife-PE. O primeiro denominou-se grupo dos institucionalizados (GI) por residirem nas dez instituições asilares ou casas de longa permanência; o segundo, idosos não institucionalizados (GNI), participantes do Projeto Máster Vida da ESEF/UPE, explicitado anteriormente.

O estudo foi caracterizado transversal, também denominado de prevalência, por determinar a presença ou ausência de exposição de uma doença e de fatores de risco no indivíduo, num mesmo período de tempo e permitir avaliação mais precisa dos fatores de confusão, por adotar análises estatísticas apropriadas (ROUQUAYROL; ALMEIDA F^o, 1999; PEREIRA, 2002; HULLEY *et al.*, 2003).

Com a finalidade de testar os métodos, validar os instrumentos de coleta de dados, treinar e calibrar a equipe, foi realizado um estudo piloto que teve início ao se colocar em foco a variável "coesão familiar", utilizando-se como instrumento de medida uma Escala diagnóstica de funcionamento familiar – FACES III, através de entrevistas e questionário (FALCETO; BUSNELLO; BOZZETTI, 2000).

Em seguida, buscou-se a associação da coesão familiar com a doença cárie e a perda dentária dos idosos pesquisados, cujas prevalências foram expressas pelo índice CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (OMS, 1997).

5.5 FLUXOGRAMA

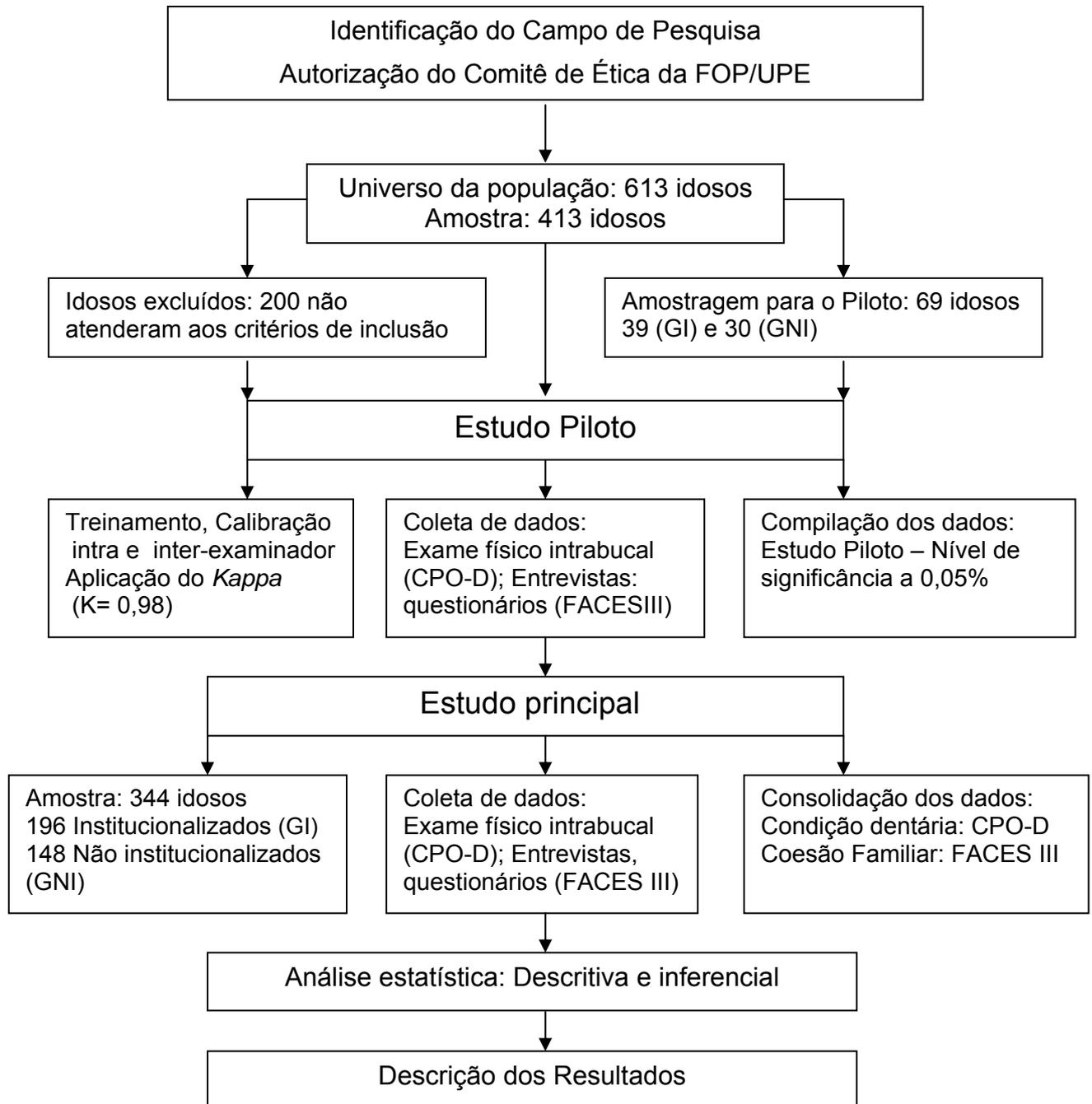


Figura 4 – Esquema ilustrado do fluxo do estudo

5.6 COLETA DE DADOS

5.6.1 Instrumentos.

5.6.1.1 *Questionário FACES III*

O questionário FACES III é o instrumento de avaliação da coesão e adaptabilidade existente entre os membros da família. Constituído de questões breves e simples, é aplicável para as faixas etárias a partir de 12 anos de idade, independente do nível de instrução dos entrevistados, podendo também ser aplicado aos analfabetos, sendo necessária a leitura das perguntas pelo entrevistador, em voz alta, sem interpretá-las.

Tal instrumento é parte integrante de uma Escala Diagnóstica de Funcionamento Familiar – *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, consagrada pela literatura internacional e devidamente validada para uso no Brasil (FALCETO; BUSNELLO; BOZZETTI, 2000), podendo ser aplicada por profissionais de saúde, treinados e calibrados.

Composto de 20 perguntas, as de números ímpares referem-se à coesão familiar, isto é, à capacidade da família de se manter unida, frente às vicissitudes do dia-a-dia. As perguntas de números pares dizem respeito à adaptabilidade, ou seja, à capacidade de os membros da família modificar em papéis e regras de funcionamento para adequá-los à tarefa ou ao momento a enfrentar (Figura 5).

O objetivo do FACES III é obter respostas de todos os membros da família, de forma que estejam representadas, nos resultados, as várias percepções do funcionamento familiar².

Olson *apud* Falceto; Busnello; Bozzetti (2000) idealizou uma classificação para a coesão familiar, dividindo os valores obtidos das respostas ao questionário, em quatro tipos de famílias: separadas e conectadas (as que apresentam valores menores de coesão); aglutinadas e desligadas (valores maiores de coesão).

Para tanto, quantitativamente, a média dos valores dos membros define o ponto central. Até um desvio padrão (DP) à esquerda ficam as famílias separadas e a partir do DP, à direita, ficam as conectadas. Nas extremidades esquerda e direita, ficam as famílias desligadas e aglutinadas, respectivamente. Para Olson, quanto mais próximo dos extremos, menor é o grau de coesão; quanto mais se aproxima do centro, maior grau de coesão familiar.

O modelo circumplexo de Olson para conhecer a coesão familiar e a adaptabilidade entre os membros da família classifica, ainda, as famílias em 16 tipos, combinando os parâmetros de coesão e adaptabilidade, em três grupos: baixo risco (famílias balanceadas que correspondem à coesão e adaptabilidade médias); risco moderado (famílias com um dos parâmetros médio e o outro extremo); e alto

² No presente estudo, buscou-se utilizar apenas as questões de números ímpares referentes à coesão familiar, descartando as de números pares referentes à adaptabilidade entre os membros da família por não se tratar de objeto do atual estudo.

risco (famílias em que tanto a coesão quanto à adaptabilidade, situam-se nos extremos), ou seja:

- a) Baixo Risco: ≥ 20 e/ou ≤ 40 ;
- b) Risco Moderado: ≥ 10 e ≤ 20 - ≥ 40 e/ou ≤ 50 ;
- c) Alto risco: ≤ 10 e/ou ≥ 50 .

O objeto do presente estudo foi a coesão familiar, motivo que justifica a exclusão das questões de números pares, referentes à adaptabilidade. Portanto, foi realizada uma adaptação ao questionário FACES III (Figura 5), utilizando-se apenas as 10 perguntas de números ímpares que se referem, especificamente, à coesão familiar, com a finalidade de identificar a percepção do idoso em relação à coesão existente entre os membros de sua família, atribuindo a cada resposta os valores de 1 a 5 pontos, podendo perfazer um total correspondente a 50, considerando-se a ausência de pontos atribuídos igual a 0 (zero) ponto, ou seja:

- a) quase nunca = 1;
- b) raramente = 2;
- c) às vezes = 3;
- d) freqüentemente = 4;
- e) e quase sempre = 5.

III ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO FAMILIAR – FACES III

ADAPTAÇÃO: as questões de números ímpares referem-se à coesão familiar.

<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="3"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="4"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="5"/>
Quase nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Quase sempre

1. DESCREVA A SUA FAMÍLIA ATUALMENTE:

1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
2. **Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.**
3. Aprovamos os amigos que cada um tem.
4. **Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.**
5. Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.
6. **Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.**
7. Os membros da família sentem-se mais próximos entre si do que com pessoas estranhas à família.
8. **Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas.**
9. Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.
10. **Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos**
11. Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.
12. **Os filhos tomam as decisões em nossa família.**
13. Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.
14. **As regras mudam em nossa família.**
15. Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família.
16. **Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.**
17. Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões
18. **É difícil identificar o(s) líder(es) em nossa família.**

A união familiar é muito importante. 2. **POR FAVOR, INDIQUE O SEU LUGAR NA**

FAMÍLIA

Mãe

Pai

Filho

(Lembre que o filho mais velho corresponde ao nº 1)

Figura 5– Questionário FACES III adaptado

Assim, conhecido o total de pontos correspondentes às respostas dadas pelos idosos às respectivas perguntas do questionário, as famílias foram classificadas, segundo Olson *apud* Falceto; Busnello; Bozzetti (2000) em: separadas e conectadas (valores menores de coesão); e aglutinadas e desligadas (valores maiores de coesão) conforme a Figura 6.

Dessa forma, a classificação das famílias dos idosos, de ambos os grupos estudados, seguiu o modelo idealizado por Olsen *apud* Falceto; Busnello; Bozzetti (2000), adotando a seguinte distribuição:

- a) realização da soma dos pontos para cada pesquisado;
- b) efetivação da média e o desvio padrão obtidos da soma dos pontos.

Para a interpretação dos resultados, no presente estudo, baseado no que estabelece o modelo de Olsen, se a soma de pontos de cada pesquisado foi:

- a) Inferior à média, Desvio Padrão (DP = -1), à esquerda,
(a família foi considerada desligada);
- b) entre a média, menos um Desvio Padrão (DP = -1) à esquerda,
(a família foi considerada separada);
- c) entre a média, Desvio padrão à direita (DP = +1),
(a família foi considerada conectada);
- d) superior ao valor da média, Desvio Padrão (DP = +1),
(a família foi considerada aglutinada).

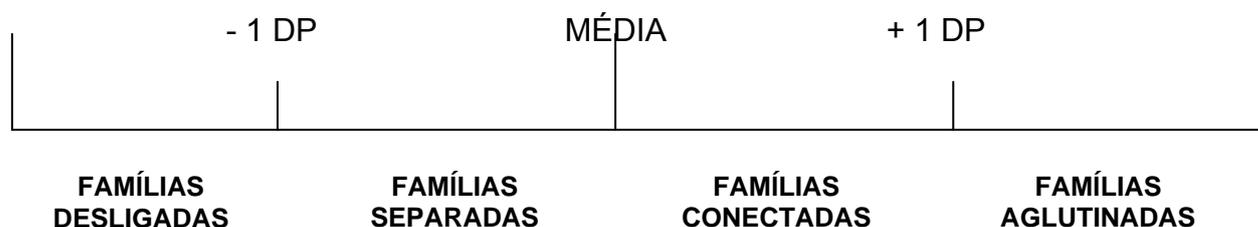


Figura 6 – Classificação das famílias para a coesão familiar, segundo Olson *apud* Falceto; Busnello; Bozzetti (2000).

5.5.2 Fichas para o levantamento epidemiológico da cárie e perda dentária

De acordo com o que preconiza a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 1997), foram utilizadas fichas padronizadas e simplificadas (Anexo C) para o registro das condições dentárias dos idosos examinados de ambos os grupos (GI e GNI) pesquisados, ao ser aplicado o índice CPO-D (dentes Cariados, Perdidos e Obturados), como subsídio para estimar a prevalência de cárie e de perda dentária, além de levantar dados sobre o uso, condição e necessidade de prótese dentária, durante o exame físico intrabucal.

5.6 PROCEDIMENTOS

5.6.1 Calibração

O treinamento sobre os critérios e a calibração de toda a equipe, especialmente, da examinadora, antecederam ao exame físico intrabucal para a

aplicação do índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), visando assegurar a fidedignidade dos dados coletados, considerando que calibrar é assegurar uma interpretação, compreensão e aplicação uniformes, dentro dos critérios para as doenças e condições a serem observadas e registradas, garantindo uniformidade dentro de um padrão consistente para as discordâncias Intra e Interexaminadores, visando alcançar a precisão requerida (PINTO, 2000; PEREIRA, 2002).

No processo de calibração, buscou-se alcançar concordância na aplicação dos instrumentos de coleta de dados, procurando evitar a subjetividade e enfatizar importantes aspectos, tanto na metodologia empregada, quanto na clientela examinada, considerando:

- a) clareza na definição do evento;
- b) escolha adequada dos índices;
- c) melhor forma de acesso à informação (seleção de perguntas apropriadas quando no uso de questionários);
- d) melhor horário para realizar o exame (antes ou após as refeições);
- e) local e a disposição das pessoas durante o exame;
- f) os principais recursos auxiliares utilizados (foco de luz, necessidade de secagem), entre outros.

A equipe treinada e calibrada teve como "padrão ouro" um dos orientadores da pesquisa, tanto para a aplicação do questionário FACES III, como na realização do exame físico intrabucal. O índice de *Kappa* foi aplicado para medir

a reprodutibilidade dos critérios do exame físico intrabucal intra e inter-examinadores, a autora e o padrão ouro, respectivamente.

5.6.2 Aplicação do questionário FACES III

O questionário FACES III, devidamente adaptado para medir apenas o grau de coesão familiar (Apêndice E), foi aplicado aos idosos de ambos os grupos (GI e GNI), buscando verificar o grau de coesão percebido pelo idoso, de cada grupo, em relação aos membros de sua família.

Para ambos os grupos, a aplicação ocorreu sempre no período matutino, priorizando a conveniência dos idosos. No GI, após a primeira refeição, quando se encontravam mais dispostos e receptivos. O local utilizado para as entrevistas foi o pátio da instituição, varanda ou sala de TV, desde que estivessem confortavelmente sentados e, na medida do possível, sem a presença de outras pessoas, para não inibi-los, diante do teor das questões e das respostas que precisavam dar.

No GNI, a grande maioria de idosos freqüentava o parque aquático da ESEF/UPE para as suas atividades de aulas de natação ou hidroginástica. Os alunos da primeira turma, no horário das seis horas da manhã, chegavam às cinco e meia para a consulta com os enfermeiros/médicos que os encaminhavam para as entrevistas e o preenchimento do questionário FACES III, antecedendo ao exame físico intrabucal. Em seguida, o mesmo procedimento se repetia com os alunos da segunda turma, a partir das sete horas.

5.6.3 Exame físico intrabucal

O exame físico intrabucal teve início com os 196 idosos do GI, incluindo-se os das enfermarias, e nos 148 do GNI, com a finalidade de levantamento das condições de cárie e de perda dentária, atendendo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), após as entrevistas e o preenchimento do questionário FACES III.

Os idosos que faziam uso de próteses dentárias (parcial removível ou total, para ambos os arcos ou apenas em um) foram examinados, fazendo uso do aparelho protético, no momento do exame, para que fosse avaliado o *status* protético do seu(s) aparelho(s). Aos que necessitavam e não faziam uso (por qualquer razão) foi registrada a necessidade, segundo a arcada dentária (superior, inferior, ambas).

5.6.3.1 Biossegurança

Os padrões estabelecidos pela Biossegurança referentes ao uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI (gorro, máscara, luvas, óculos e jaleco); o processamento do instrumental utilizado (espelho bucal plano); e a utilização de descartável (espátula de madeira ou abaixador de língua); foram seguidos pelos examinadores (MARQUES *et al.*, 2003).

5.6.3.2 Critérios para o exame físico intrabucal

Os critérios foram os estabelecidos pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1997). O instrumental utilizado constou de espelho bucal plano e espátula de madeira descartável (abaixador de língua), sem o uso de sondas exploradoras. As informações referentes às condições dentárias e necessidades de tratamento, a presença, ausência e necessidade de uso de prótese dos idosos examinados foram registradas em fichas de avaliação simplificadas e padronizadas.

Os idosos do GI que apresentaram aparente condição normal de saúde foram examinados em cadeira comum, desde que a posição permitisse uma boa visualização de ambas as arcadas, geralmente na área de lazer (pátio) das instituições, com iluminação natural. Alguns idosos, cuja condição física não permitia que o exame fosse assim realizado, foram atendidos em seus leitos.

Os idosos do GNI foram examinados, utilizando-se os mesmos procedimentos do grupo anterior (cadeira comum, boa visualização de ambas as arcadas, com iluminação natural), na área coberta localizada ao lado da piscina do parque aquático da ESEF/UPE, utilizada pela equipe de saúde (médicos/enfermeiros) do projeto Master Vida, após o monitoramento, aferição e controle da pressão arterial dos mesmos.

5.6.3.2.1 Cárie dentária – Índice CPO-D

Dentes cariados (C)

Caracterizado por uma lesão em sulco, fissura ou superfície lisa, vestibular

ou lingual, apresentando tecido amolecido na base, descoloração do esmalte ou de parede, ou ainda, possuir uma restauração temporária (provisória). Também foram considerados cariados, os dentes que apresentaram, simultaneamente, uma ou mais restaurações com uma ou mais áreas cariadas, porque não existe distinção entre cáries primárias e secundárias. A condição/estado do elemento dentário registrada foi cariado (código 1) e/ou obturado com cárie (código2), sem considerar a sua localização (cárie de raiz).

Dentes Perdidos (P)

Elementos dentários ausentes em qualquer uma das arcadas como resultado de cárie ou por qualquer outra razão. No presente estudo, convencionou-se a utilização do código 4 para registrar a ausência do componente perdido e, nos arcos completamente desdentados, as caselas foram cortadas com uma linha reta.

Dentes Obturados (O)

Considerados restaurados sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanentes estão presentes e não existir cárie primária ou recorrente (código 3). Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria.

Dentes hígidos (H)

Apesar de não ser componente do índice CPO-D, existe uma condição dentária muito importante a qual deve ser considerada: dentes hígidos (código 0). O

elemento dentário pode ser considerado hígido quando não apresentar evidências de cáries clínicas tratadas ou não. Também foi considerada hígida a coroa dentária que apresentou algum dos defeitos abaixo relacionados:

- a) mancha branca, alterações de cor ou de rugosidade que não fosse amolecida;
- b) fóssulas ou fissuras pigmentadas no esmalte, porém, sem sinais visíveis de esmalte socavado;
- c) áreas escuras, brilhantes, duras, pontilhadas de esmalte de dente com fluorose;
- d) e lesões que clinicamente parecem ser devidas à abrasão.

5.6.3.2.2 Perda dentária

Medida pelo número (parcial ou total) de elementos dentários ausentes nas arcadas, por qualquer razão, também denominados edentação total ou edentulismo, a perda dentária é considerada o segundo maior problema bucal encontrado, porém não é uma doença e sim um estado patológico, de alta prevalência, comprovado pelos índices elevados de necessidade e presença de próteses dentárias, segundo Pucca Jr, 2002.

5.6.3.2.3 Uso e necessidade de prótese dentária

Aos examinados foi solicitado que permanecessem com a sua prótese na cavidade bucal para que fosse observada, adaptação, funcionalidade, estética, e

sua relação com os tecidos moles. Foi solicitado aos pesquisados informar sobre o tempo de uso do referido aparelho protético. Segundo Pinto (2000, p. 175), “não há critérios estabelecidos para determinar se uma prótese realmente é necessária ou não, cabendo ao examinador e a cada serviço exercerem seu senso crítico a esse respeito”.

No presente estudo, de acordo com o senso crítico dos pesquisadores e considerando os estudos de Colussi *et al.* (2004, p. 92) e com base no “*status* protético” apresentado por Scelza *et al.*, (2003), para a análise da necessidade do uso de prótese parcial ou total, superior ou inferior dos idosos examinados, estabeleceram-se os seguintes critérios:

- a) ausência total de dentes num arco (edentulismo) sem a presença de próteses;
- b) ausência dentária de um ou mais elementos, com prejuízo estético e/ou funcional;
- c) presença de próteses com comprometimento estético e/ou funcional (próteses quebradas, mal adaptadas, associadas a lesões na mucosa, com desgaste excessivo, sem retenção);
- d) necessidade de prótese unitária considerada apenas para dentes anteriores.

5.7 ELENCO DAS VARIÁVEIS

5.7.1 Variáveis dependentes

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Prevalência de Cárie dentária	Número de lesões cáries existentes por ocasião do estudo – Índice CPO-D	Categorizada após a coleta.
Prevalência de Perda dentária	Número de elementos dentários ausentes, parcial ou total, independente da causa.	Categorizada após a coleta

Figura 7

5.7.2 Variáveis Independentes

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Sexo	Distinção da espécie humana, em relação à função reprodutora.	1= Masculino (M) 2= Feminino (F)
Idade	Anos completos em 2005	1= 60 – 69 anos 2= 70 – 79 anos 3= 80 anos ou mais
Renda*	Quantidade de salários recebidos mensalmente	0 = Sem renda 1 = 1 a 3 salários mínimos 2 = 4 a 6 salários mínimos 3 = Acima de 7 salários mínimos
Escolaridade	Nível de formação alcançado pelos pesquisados	0 = nenhuma escolaridade 1 = até a 4ª série 2 = 5ª a 8ª série 3 = 2º grau completo 4 = Curso superior ou mais
Coesão Familiar	Capacidade da família de se manter unida, frente às vicissitudes do dia-a-dia.	Quatro tipos de famílias: 1 = separadas e conectadas (valores menores = menor coesão); 2 = aglutinadas e desligadas (valores maiores = maior (coesão).
Uso de prótese dentária	Substituto artificial de estruturas perdidas ou inexistentes na cavidade bucal que podem substituir os dentes ou dentes e gengivas.	1 = Sim; 2 = Não 3 = Superior 4 = Inferior 5 = Ambas

(* Salário Mínimo na época do estudo R\$ 300,00). **Figura 8**

5.8 ESTUDO PILOTO

Um estudo piloto foi desenvolvido nas 10 (dez) instituições geriátricas citadas, ordenadas numericamente³ e no parque aquático da Escola Superior de Educação Física – ESEF da Universidade de Pernambuco – UPE⁴, com a finalidade de:

- a) testar a possibilidade de utilização dos métodos para o estudo principal e os instrumentos de coleta de dados;
- b) proceder a calibração da equipe;
- c) informar e esclarecer os idosos sobre as características, objetivos, metodologia e importância do estudo;
- d) solicitar dos participantes a formalização do consentimento livre e esclarecido como pesquisados e a sua autorização para publicação dos resultados da pesquisa, deixando claro o caráter espontâneo da sua participação no estudo.

O piloto foi realizado para uma clientela de 69 idosos ($N = 413$, correspondendo a $n = 69$), sendo 39 pertencentes ao GI e 30 do GNI. A amostra foi sistemática, calculando-se o intervalo de amostragem ($A = N/n$) e aproximando-o para o número inteiro mais próximo (FONSECA; MARTINS, 1996).

O total dos 69 idosos, de ambos os grupos foram selecionados, a partir das relações nominais e numérica, em ordem crescente, marcando-se nas listagens de cada grupo, intervalos de cinco em cinco idosos, a partir do primeiro número da

³ Relação fornecida pela Prefeitura da Cidade do Recife.

⁴ Projeto Master Vida – Coordenação de Extensão da ESEF/UPE.

lista, formando o primeiro bloco (de 1 a 5), após o sorteio entre os elementos contidos, sendo sorteado o de número cinco (5), padrão para os demais blocos, resultando na amostra selecionada.

Código	Instituição/Local (Grupos GI – GNI)	População			Tamanho da amostra	
		Inicial	Excluída	Estudada	Estudo Piloto	Estudo Principal
1	Companhia de Caridade "Instituto Padre Venâncio" (GI)	74	20	54	10	34
2	Abrigo Espírita Batista de Carvalho "Lar das Vovozinhas" (GI)	30	12	18	03	12
3	Abrigo Espírita "Lar de Jesus" (GI)	27	03	24	03	18
4	Casa de Longa Permanência "Lar Porto Seguro" (GI)	13	0	13	02	9
5	Lar Geriátrico Associação Espírita "Casa dos Humildes" (GI)	36	10	26	05	16
6	Casa de Longa Permanência "Ieda Lucena" (GI)	30	03	27	04	19
7	Lar Batista para Anciãos (GI)	46	12	34	06	22
8	Centro Geriátrico "Irmã Clementina" (GI)	28	09	19	03	13
9	Abrigo Espírita Casa do Amor (GI)	18	05	13	02	09
10	Centro Espírita Moacir "Lar de Maria" (GI)	11	04	07	01	05
TOTAL DE INSTITUCIONALIZADOS (GI)		313	78	235	39	196
11	ESEF/UPE - Parque Aquático (GNI)	300	122	178	30	148
TOTAL DE NÃO INSTITUCIONALIZADOS (GNI)		300	122	178	30	148
TOTAL DAS AMOSTRAS (GI + GNI)		613	200	413	69	344

GI = Grupo de institucionalizados – Códigos 1 a 10. GNI = Grupo de não institucionalizados - Código 11

Figura 9 – Distribuição dos idosos participantes do estudo por amostras

A coleta de dados foi realizada por toda a equipe: cirurgiã-dentista (examinadora), orientadora da pesquisa ("padrão ouro") e duas graduandas do 8º período do curso de Odontologia da FOP/UPE (anotadoras), devidamente treinadas e calibradas para a aplicação dos instrumentos utilizados no exame físico intrabucal (condição dentária no CPO-D) e na aplicação do FACES III (grau de coesão familiar no questionário), após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo idoso ou seu responsável legal (Apêndice D).

Após o intervalo de três dias da realização do exame físico intrabucal, foi feito novo exame com a finalidade de garantir uma boa concordância intra e inter-examinadoras, utilizando-se o *KAPPA*, um índice de concordância ajustado e de larga utilização, na área de saúde, que considera as concordâncias esperadas além da chance (PEREIRA, 2000).

As fichas dos idosos examinados foram selecionadas a cada cinco, sem o prévio conhecimento dos examinadores (EKLUND *et al.* 1996 *apud* PINTO, 2000), obtendo-se um nível de concordância intra e inter-examinador quase perfeita ($k = 0,98$), respectivamente, conforme os valores da escala de pontos de Landis e Koch (1997) utilizada para a interpretação do coeficiente *KAPPA* (Figura 10).

< 0.00.....	= pobre concordância;
0.00 a 0.20.....	= ligeira concordância;
0.21 a 0.40.....	= fraca concordância;
0.41 a 0.60.....	= moderada concordância;
0.61 a 0.80.....	= substancial concordância;
0.81 a 0.99.....	= quase perfeita concordância;
1.00.....	= perfeita concordância

Figura 10 – Escala de Pontos de Landis e Koch (1997)

5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi elaborado com base na Resolução Nº 196/96, que determina as "Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos", do Ministério da Saúde, incorporando os quatro referenciais básicos da Bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), no âmbito individual ou coletivo, visando assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos e do Estado, resguardando as especificidades da área de conhecimento do estudo. O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco – UPE, obtendo a aprovação de acordo com o Parecer de nº 118/2004, datado de 14 /03/2005 (Anexo D).

Antecedendo a sua participação na pesquisa, os idosos foram devidamente informados e esclarecidos pela pesquisadora sobre os objetivos, métodos, benefícios esperados, potenciais de risco ou de incômodo que o estudo pudesse acarretar, explicitando todas as ocorrências previstas e possíveis no seu processo, bem como o caráter espontâneo de sua participação e a indicação de quem e o local a que se dirigir, para qualquer outra informação sobre o estudo, resguardando-lhe, também, o direito de sigilo e de desistência, em qualquer fase da pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido pela pesquisadora, com linguagem clara, objetiva e compatível ao nível de compreensão dos sujeitos da pesquisa ou do seu representante legal, individual, voluntário, sem

nenhuma forma de remuneração, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação.

A finalidade do documento foi a obtenção do seu consentimento e autorização de sua participação como pesquisado, bem como, a publicação científica dos resultados do estudo, a exposição de sua imagem, se necessária (fotográfica, radiográfica e/ou em diapositivos), antecedendo ao estudo principal, desde que o idoso se sinta livre para participar da pesquisa de forma espontânea e que sua identidade seja preservada.

5.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais das variáveis na escala nominal. Para as variáveis CPO-D e perda dentária, as medidas estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão, além do número de seus componentes (técnicas de estatística descritiva).

Os testes estatísticos utilizados foram: Qui-quadrado de igualdade de proporções ou teste Exato de Fisher (quando as condições para utilização do Qui-quadrado não foram verificadas); teste *t-Student*, com variâncias iguais ou desiguais; e o Teste F (ANOVA). A verificação das hipóteses de igualdade de variâncias foi realizada através do teste F de *Levene*.

Os dados foram digitados na planilha Excel e o “software” estatístico utilizado para a obtenção dos cálculos foi SAS (*Statistical Analysis System*), na versão 11.0. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5,0%.

Resultados

6 – RESULTADOS

Dos 344 pesquisados, 196 (57,0%) constituíram o grupo de institucionalizados (GI) e 148 (43,0%) o grupo de não institucionalizados (GNI) conforme resultados ilustrados na Figura 10.

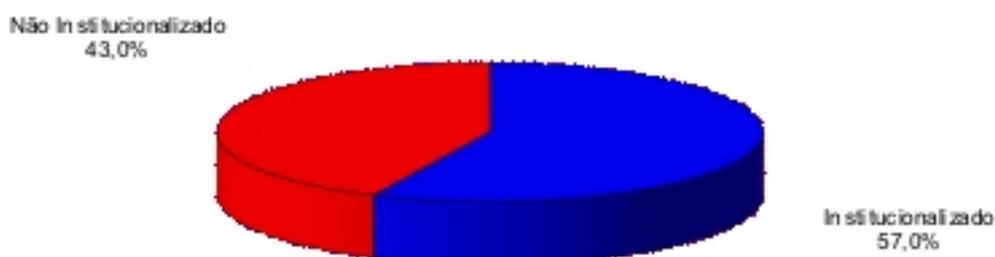


Figura 11 – Distribuição dos idosos segundo o fato de ser ou não institucionalizados, Recife-PE, 2006.

Na Tabela 1 observa-se a distribuição dos idosos por sexo segundo o grupo. Nela destaca-se que a maioria (88,7%) é do feminino, sendo que este percentual foi 11,6% mais elevado no grupo GNI do que no grupo GI (95,3% x 83,7%) comprovando-se diferença significativa entre os grupos em relação ao sexo conforme indica o valor de p e do intervalo para o OR que não inclui o valor 1,00 ($p < 0,05$, intervalo para OR que varia de 1,68 a 9,18).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos por sexo, segundo o grupo, Recife-PE, 2006.

Sexo	Grupo				Total		Valor de p	OR a 95%
	GI n	GI %	GNI n	GNI %	n	%		
Masculino	32	16,3	7	4,7	39	11,3	$p^{(1)} < 0,001^*$	3,93 (1,68 a 9,18)
Feminino	164	83,7	141	95,3	305	88,7		1,00
<i>Total</i>	196	100,0	148	100,0	344	100,0		

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 2 apresenta a faixa etária, renda e escolaridade dos pesquisados segundo o grupo. Nesta tabela verifica-se que o percentual dos participantes na faixa de idade de 70 anos ou mais, foi mais elevado no grupo GI do que no GNI (73,5% x 33,1%), uma diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$, OR igual a 5,39 e intervalo que exclui o valor 1,00). Em relação à renda, o grupo total apresentou um percentual de 17,7% dos idosos que não tinham renda, sendo este percentual aproximado entre os dois grupos (GNI=19,6% x GI=16,3%).

Em relação à escolaridade, observa-se que o percentual mais elevado (60,7%) ocorreu entre os idosos do (GI) que estudaram até a 8ª série, enquanto os que tinham segundo grau completo ou mais, apresentaram percentual mais elevado (40,5%) no GNI, ocorrendo diferença significativa ($p < 0,05$).

Tabela 2 – Distribuição dos idosos por faixa etária, renda e escolaridade, segundo o grupo amostral, Recife-PE, 2006.

Variável	Grupo				Grupo Total		Valor de p	OR a 95%
	GI		GNI					
	n	%	n	%	n	%		
• Faixa etária								
60 a 69 anos	52	26,5	99	66,9	151	43,9	p ⁽¹⁾ < 0001*	1,00
70 ou mais	144	73,5	49	33,1	193	56,1		5,59 (3,51 a 8,92)
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		
• Renda**								
Sem renda	32	16,3	29	19,6	61	17,7	p ⁽¹⁾ = 0,4320	1,00
Um ou mais salário	164	83,7	119	80,4	283	82,3		1,25 (0,72 a 2,18)
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		
• Escolaridade								
Nenhuma	68	34,7	3	2,0	71	20,6	p ⁽¹⁾ < 0,001*	***
Até a 8ª série	119	60,7	85	57,4	204	59,3		
2º grau completo Curso superior	9	4,6	60	40,5	69	20,1		
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		

(*) Diferença significativa a 5,0%

(**) Salário Mínimo

(***) – Não foi determinado devido à ocorrência de frequências muito baixas.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 3 verifica-se que o percentual de idosos solteiros foi mais elevado no grupo GI do que no GNI (55,1% x 16,2%) enquanto que o percentual dos que eram casados/moravam juntos foi mais elevado no GNI do que no GI (40,5% x 6,1%, respectivamente) comprovando-se diferença significativa entre os dois grupos

($p < 0,05$). O percentual dos divorciados/separados foi mais elevado no GNI e para os viúvos os valores foram aproximados entre os dois grupos (34,7% no GI e 35,8% no GNI).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo o estado marital por grupo, Recife-PE, 2006.

Estado Marital	Grupo		GNI		Total		Valor de p	OR a 95%
	GI		n	%	n	%		
Solteiro	108	55,1	24	16,2	132	38,4	$p^{(1)} < 0,001^*$	3,51 (1,98 a 6,20)
Divorciado ou Separado	8	4,1	11	7,4	19	5,5		0,57 (0,21 a 1,51)
Casados ou moram juntos	12	6,1	60	40,5	72	20,9		0,16 (0,07 a 0,32)
Viúvo (a)	68	34,7	53	35,8	121	35,2		1,00
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A tabela 4 apresenta o percentual da existência ou não de vínculo familiar por grupo, verificando-se 100,0% no GNI, enquanto que no GI apenas 54,1% possuíam vínculo familiar. Houve uma diferença significativa entre os dois grupos de pesquisados apresentando um valor de $p < 0,05$.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo a existência ou não de vínculo familiar por grupo, Recife-PE, 2006.

Vínculo familiar	Grupo						Valor de p
	GI		GNI		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Com vínculo	106	54,1	148	100,0	254	73,8	p ⁽¹⁾ < 0,001
Sem vínculo	90	45,9	-	-	90	26,2	
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0	

(*) Diferença significativa a 5,0%.

) (1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A tabela 5 mostra o lugar que os idosos que possuem vínculo familiar ocupam na família. No grupo GI os maiores percentuais corresponderam aos que eram tios (25,5%) e avós (21,9%) enquanto que no grupo GNI, 69,6% eram avós e 16,9% que eram tios.

Tabela 5 – Distribuição dos idosos segundo o lugar que ocupa na família, nos grupos Recife-PE, 2006.

Grau de parentesco	Grupo					
	GI		GNI		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem parentes	90	45,9	-	-	90	26,2
Avós	43	21,9	103	69,6	146	42,4
Pais	10	5,1	20	13,5	30	8,7
Tios	50	25,5	25	16,9	75	21,8
Outros (bisavós, irmãos, primos...)	3	1,5	-	-	3	0,9
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0

A Tabela 6 apresenta o número de idosos que responderam ao questionário FACES III. As respostas estão representadas nas colunas pelos números: 1 (Quase nunca); 2 (Raramente); 3 (Às vezes); 4 (Freqüentemente); e 5 (Quase sempre). Para o (GI) existe uma coluna a mais, representando à pontuação 0 (zero), correspondente a ausência de respostas dos idosos às perguntas do mesmo questionário, devido a inexistência de vínculo familiar.

Nesse mesmo grupo (GI) pode-se observar que a maioria dos idosos deixou de responder às questões de “a” a “l” correspondentes ao número 0 (zero) das respostas, sendo que, para a letra “j” um maior percentual 48,0% foi atribuído à resposta de número 5 (Quase sempre). Para o (GNI) verificou-se que o maior percentual foi para a resposta 5 (Quase sempre) em todas as questões do questionário do FACES III.

Tabela 6 – Distribuição das respostas obtidas das questões do FACES III por grupo, Recife-PE, 2006.

Questionário – FACES III Questões referentes à coesão familiar	Grupos																					
	Institucionalizados (GI)												Não institucionalizados (GNI)									
	0 ^(*)		1		2		3		4		5		1		2		3		4		5	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
a) Os membros da família pedem ajuda uns aos outros?	92	46,9	14	7,1	17	8,7	38	19,4	22	11,2	13	6,6	15	10,1	15	10,1	33	22,3	25	16,9	60	40,5
b) Aprovamos os amigos que cada um tem?	93	47,5	7	3,6	22	11,2	29	14,8	23	11,7	22	11,2	9	6,1	9	6,1	29	19,6	41	27,7	60	40,5
c) Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família?	92	46,9	7	3,6	18	9,2	32	16,3	35	17,9	12	6,1	4	2,7	14	9,5	41	27,7	32	21,6	57	38,5
d) Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família?	91	46,4	5	2,6	15	7,7	34	17,4	29	14,8	22	11,2	6	4,1	10	6,8	19	12,8	40	27,0	73	49,3
e) Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos?	91	46,4	4	2,0	21	10,7	30	15,3	30	15,3	20	10,2	4	2,7	17	11,5	19	12,8	36	24,3	72	48,7
f) Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros?	91	46,4	7	3,6	13	6,6	41	20,9	24	12,2	20	10,2	3	2,0	8	5,4	18	12,2	34	23,0	85	57,4
g) Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família?	91	46,4	7	3,6	21	10,7	26	13,3	29	14,8	22	11,2	6	4,1	9	6,1	22	14,9	31	21,0	80	54,1
h) Facilmente nos ocorrem coisas que queremos fazer juntos, em família?	91	46,4	8	4,1	15	7,7	39	19,9	25	12,8	18	9,2	7	4,7	13	8,8	21	14,2	40	27,0	67	45,3
i) Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões?	93	47,5	13	6,6	5	2,6	16	8,2	52	26,5	17	8,7	20	13,5	14	9,5	27	18,2	25	16,9	62	41,9
j) A união familiar é muito importante?	89	45,4	2	1,0	2	1,0	-	-	9	4,6	94	48,0	-	-	-	-	1	0,7	11	7,4	136	91,9

(*) – O “zero ponto” significa ausência de vínculo familiar, conseqüentemente, coesão familiar inexistente (CI).

1 – Quase nunca.

2 – Raramente.

3 – Às vezes.

4 – Frequentemente.

5 – Quase sempre.

A Tabela 7 mostra que a média de cada uma das questões do questionário FACES-III e da soma de pontos de todas as questões foi mais elevada no grupo GNI do que no grupo GI, existindo diferença significativa entre os dois grupos para todas as questões e para a soma de pontos ($p < 0,05$).

Tabela 7 – Média e desvio padrão do questionário FACES III relativo à coesão familiar, por grupo, Recife-PE, 2006.

Questionário – FACES III (itens) Questões referentes à coesão familiar	Grupo		Valor de p
	GI Média ± DP	GNI Média ± DP	
• Os membros da família pedem ajuda uns aos outros	1,61 ± 1,75	3,68 ± 1,36	$p^{(1)} < 0,001^*$
• Aprovamos os amigos que cada um tem	1,73 ± 1,87	3,91 ± 1,18	$p^{(1)} < 0,001^*$
• Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família	1,73 ± 1,81	3,84 ± 1,13	$p^{(1)} < 0,001^*$
• Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família	1,85 ± 1,91	4,11 ± 1,12	$p^{(1)} < 0,001^*$
• Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos	1,82 ± 1,88	4,05 ± 1,15	$p^{(1)} < 0,001^*$
• Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros	1,80 ± 1,87	4,28 ± 1,01	$p^{(1)} < 0,001^*$
• Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa Família	1,80 ± 1,90	4,15 ± 1,13	$p^{(1)} < 0,001^*$
• Facilmente nos ocorrem coisas que queremos fazer juntos, em família	1,76 ± 1,84	3,99 ± 1,18	$p^{(1)} < 0,001^*$
• Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões	1,86 ± 1,97	3,64 ± 1,44	$p^{(1)} < 0,001^*$
• A união familiar é muito importante	2,61 ± 2,45	4,91 ± 0,31	$p^{(1)} < 0,001^*$
Soma de pontos de todas as questões	18,57 ± 18,15	40,55 ± 6,42	$p^{(1)} < 0,001^*$

(*) – Diferença significativa a 5,0%. (1) – Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

Na Tabela 8 analisa-se a condição da coesão familiar segundo o grupo onde destaca-se que o percentual de famílias classificadas como desligadas (45,4% x 18,2%) e aglutinadas (22,4% x 17,6%) foi correspondentemente mais elevado no GI do que no GNI ; enquanto que os percentuais das famílias separadas (3,6% x 23,0%) e conectadas (28,6% x 41,2%) foram mais elevados no GNI. Observou-se diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,05$).

Tabela 8 – Distribuição dos idosos segundo a coesão familiar, por grupo, Recife-PE, 2006.

Coesão familiar	Grupo						Valor de p	OR (IC de 95%)
	GI		GNI		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Desligadas	89	45,4	27	18,2	116	33,7	$p^{(1)} < 0,001^*$	1,94 (1,01 a 3,72)
Separadas	7	3,6	34	23,0	41	11,9		0,12 (0,05 a 0,31)
Conectadas	56	28,6	61	41,2	117	34,0		0,54 (0,30 a 0,99)
Agglutinadas	44	22,4	26	17,6	70	20,4		1,00
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 9 destaca-se que do valor da média do CPO-D, a maior contribuição percentual correspondeu ao valor da média de dentes perdidos (97,20% no grupo GI e 89,67% no grupo GNI); as médias do número de dentes cariados e de dentes perdidos e do CPO-D foram correspondentemente mais elevadas no grupo GI do que no grupo GNI enquanto que a média do número de dentes obturados foi

mais elevada no grupo GNI do que no grupo GI. Ao nível de 5,0% comprovou-se diferença significativa entre os dois grupos para o CPO-D e cada um de seus componentes ($p < 0,05$).

Tabela 9 – Estatística do CPO-D e número dos seus componentes, dentes hígidos, por grupo, Recife-PE, 2006.

Variável	Estatísticas	Grupo		Valor de p
		GI	GNI	
• Cariados	n	196	148	$p^{(1)} = 0,003^*$
	Média	0,53	0,20	
	Desvio padrão	1,30	0,63	
	Mínimo	0	0	
	Máximo	8	4	
% da média do CPO-D		1,80	0,75	
• Perdidos	n	196	148	$p^{(1)} < 0,001^*$
	Média	28,52	23,70	
	Desvio padrão	5,61	8,04	
	Mínimo	5	3	
	Máximo	32	32	
% da média do CPO-D		97,20	89,67	
• Obturados	n	196	148	$p^{(1)} < 0,001^*$
	Média	0,23	2,57	
	Desvio padrão	0,90	3,79	
	Mínimo	0	0	
	Máximo	6	16	
% da média do CPO-D		0,78	9,72	
• CPO-D	n	196	148	$p^{(1)} < 0,001^*$
	Média	29,34	26,43	
	Desvio padrão	4,47	5,35	
	Mínimo	6	9	
	Máximo	32	32	
• Hígidos	n	196	148	$p^{(1)} < 0,001^*$
	Média	2,66	5,57	
	Desvio Padrão	4,47	5,35	
	Mínimo	0	0	
	Máximo	26	23	

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

A Tabela 10 mostra que o percentual de perda dentária total ou edentulismo, e a necessidade de uso de próteses, segundo o grupo de idosos foi mais elevado no GI do que no GNI (60,2% x 31,8%). Quanto aos que usavam prótese, o percentual foi mais elevado no GNI do que no GI (85,1% x 44,4%). Para os que usavam as duas próteses (superior e inferior) os percentuais mais elevados ocorreram no GNI do que GI (83,8% x 44,4%) para o uso de prótese superior e (57,4% x 21,9%) para o uso de prótese inferior. Diferenças significativas entre ambos os grupos foram registradas para cada uma das variáveis apresentadas nessa tabela ($p < 0,05$ e intervalos para OR's que excluem o valor 1,00).

Tabela 10 – Distribuição dos idosos segundo o edentulismo e o uso de próteses nos arcos dentários por grupo, Recife-PE, 2006.

Variável	Grupo				Total		Valor de p	OR a 95%
	GI		GNI					
	n	%	n	%	n	%		
Edentulismo								
Observado	118	60,2	47	31,8	165	48,0	$p^{(1)} < 0,001$	3,25 (2,08 a 5,09)
Não observado	78	39,8	101	68,2	179	52,0		1,00
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		
Uso de prótese								
Sim	87	44,4	126	85,1	213	61,9	$p^{(1)} < 0,001$	1,00
Não	109	55,6	22	14,9	131	38,1		7,17 (4,21 a 12,21)
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		
Uso de prótese Superior								
Sim	87	44,4	124	83,8	211	61,3	$p^{(1)} < 0,001$	1,00
Não	109	55,6	24	16,2	133	38,7		6,47 (3,85 a 10,89)
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		
Uso de prótese Inferior								
Sim	43	21,9	85	57,4	128	37,2	$p^{(1)} < 0,001$	1,00
Não	153	78,1	63	42,6	216	62,8		4,80 (3,00 a 7,68)
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		

(*) – Diferença significativa a nível 5,0%.

(1) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 11 verifica-se que o percentual de idosos que necessitam de ambas as próteses (superior e inferior) foi bem mais elevado no grupo GI do que no grupo GNI (65,8% x 12,2%), ocorrendo o contrário com os que não necessitavam de prótese, que apresentaram percentual bem mais elevado no grupo GNI (68,2% x 15,8%), diferenças estas que revelam significância entre os grupos ($p < 0,05$), em relação à necessidade de prótese. O percentual dos que necessitavam somente da prótese superior ou somente da prótese inferior foram aproximados entre os dois grupos.

Tabela 11 – Avaliação da necessidade de prótese segundo o grupo de idosos, Recife-PE, 2006.

Necessidade de Prótese	Grupo						Valor de p	OR a 95%
	GI		GNI		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Ambas	129	65,8	18	12,2	147	42,7	$p^{(1)} < 0,001^*$	**
Só superior	1	0,5	2	1,4	3	0,9		
Só inferior	35	17,9	27	18,2	62	18,0		
Não necessita	31	15,8	101	68,2	132	38,4		
Total	196	100,0	148	100,0	344	100,0		

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(**) – Não foi determinado devido a ocorrência de frequências muito baixas.

(1) – Através do teste Exato de Fisher.

Na tabela 12 observa-se a média e o desvio padrão do CPO-D e seus componentes (cariados, perdidos e obturados) e dentes hígidos, segundo o grupo (GI e GNI) e as categorias da coesão familiar (famílias desligadas, separadas, conectadas e aglutinadas).

No grupo GI, idosos de famílias classificadas como separadas foram os que apresentaram as médias mais elevadas para os componentes perdidos e o CPO-D. Em contrapartida, para o grupo GNI, as médias referentes ao componente dentes perdidos e ao CPO-D foram mais elevadas entre os idosos de famílias conectadas.

Na comparação das médias entre os grupos em cada categoria da coesão familiar observa-se que a média para os componentes cariados, perdidos e para o CPO-D foi correspondentemente mais elevada no grupo GI do que no GNI. No GNI, as médias mais elevadas foram para os componentes obturados e dentes hígidos.

Com exceção do componente cariado, nas categorias da coesão familiar separadas, conectadas e aglutinadas, existe diferença significativa entre os grupos em relação ao CPO-D e seus componentes, incluindo-se os dentes hígidos.

Tabela 12 – Média e desvio padrão do CPO-D, seus componentes e dentes hígidos, segundo a coesão familiar, Recife-PE, 2006.

Variável	Grupo	Coesão Familiar			
		Desligadas Média ± DP	Separadas Média ± DP	Conectadas Média ± DP	Aglutinadas Média ± DP
▸ Cariados	GI	0,72 ± 1,58	0,43 ± 1,13	0,43 ± 0,97	0,27 ± 1,00
	GNI	0,11 ± 0,32	0,32 ± 0,68	0,20 ± 0,63	0,15 ± 0,78
Valor de p		p⁽²⁾ = 0,0009*	p⁽³⁾ = 0,7443	p⁽²⁾ = 0,1318	P⁽³⁾ = 0,6048
▸ Perdidos	GI	27,94 ± 6,17	31,57 ± 1,13	28,75 ± 5,31	28,91 ± 5,09
	GNI	22,22 ± 8,64	23,12 ± 8,03	24,79 ± 8,13	23,42 ± 7,25
Valor de p		P⁽²⁾ = 0,0029*	p⁽²⁾ < 0,0001*	p⁽²⁾ = 0,0022*	p⁽²⁾ = 0,0016*
▸ Obturados	GI	0,30 ± 1,00	0,00 ± 0,00	0,27 ± 1,02	0,07 ± 0,45
	GNI	3,37 ± 4,62	2,44 ± 3,90	2,30 ± 3,63	2,58 ± 3,10
Valor de p		p⁽²⁾ = 0,0020*	p⁽²⁾ = 0,0009*	p⁽²⁾ < 0,0001*	p⁽²⁾ = 0,0004*
▸ CPO-D	GI	28,97 ± 4,80	32,00 ± 0,00	29,45 ± 4,21	29,25 ± 4,75
	GNI	25,70 ± 5,28	25,88 ± 5,06	27,28 ± 5,37	26,15 ± 5,19
Valor de p		p⁽³⁾ = 0,0031*	p⁽²⁾ < 0,0001*	p⁽³⁾ = 0,0173*	p⁽³⁾ = 0,0132*
• Hígidos	GI	3,03 ± 4,80	0,00 ± 0,00	2,55 ± 4,21	2,75 ± 4,75
	GNI	6,30 ± 5,28	6,12 ± 5,06	4,72 ± 5,37	5,85 ± 5,19
Valor de p		p⁽³⁾ = 0,0031*	p⁽²⁾ < 0,0001*	p⁽³⁾ = 0,0173*	p⁽³⁾ = 0,0132*

(1) Através do teste F (ANOVA) para a comparação entre as categorias da coesão segundo o grupo.

(2) Através do teste t-Student com variâncias desiguais para a comparação entre os grupos para cada categoria da coesão.

(3) Através do teste t-Student com variâncias iguais para a comparação entre os grupos para cada categoria da coesão.

A tabela 13 mostra destaca o percentual de perda dentária total ou edentulismo, que foi, correspondentemente, mais elevado entre os pesquisados do GI do que entre os do GNI. Os maiores percentuais de idosos com edentulismo nesse grupo foram registrados entre as famílias classificadas como desligadas, conectadas e aglutinadas, e variou de 56,2% a 63,6%, verificando-se a ocorrência de seis entre os sete pesquisados, pertencentes a famílias classificadas como separadas. No GNI, o percentual de pesquisados com edentulismo foi 39,3% entre os idosos de famílias as conectadas, apresentando uma variação de 22,2% a 39,%, nas outras três categorias da coesão familiar, não sendo comprovada uma associação significativa ($p > 0,05$), entre a coesão familiar e o edentulismo, em nenhum dos grupos estudados.

Tabela 13 – Edentulismo por grupo de idosos, segundo a coesão familiar, Recife-PE, 2006.

Grupo	Coesão Familiar	Edentulismo				TOTAL		Valor de p
		Presente n	Presente %	Ausente n	Ausente %	n	%	
• GI	Desligadas	50	56,2	39	43,8	89	100,0	$p^{(1)} = 0,4767$
	Separadas	6	85,7	1	14,3	7	100,0	
	Conectadas	34	60,7	22	39,3	56	100,0	
	Agglutinadas	28	63,6	16	36,4	44	100,0	
Grupo total		118	60,2	78	39,8	196	100,0	
• GNI	Desligadas	6	22,2	21	77,8	27	100,0	$p^{(2)} = 0,3736$
	Separadas	10	29,4	24	70,6	34	100,0	
	Conectadas	24	39,3	37	60,7	61	100,0	
	Agglutinadas	7	26,9	19	73,1	26	100,0	
Grupo total		47	31,8	101	68,2	148	100,0	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A tabela 14 apresenta os percentuais de pesquisados que utilizavam próteses, que foram, correspondentemente, mais elevados entre os idosos do GNI do que do GI. No GI, o percentual referente aos que usavam prótese foi menos elevado (27,0%) entre os idosos pertencentes a famílias classificadas como desligadas, havendo uma variação de 56,8% a 60,7% nas outras três categorias nesse grupo, o que comprovou a existência de uma associação significativa, entre a coesão familiar e uso de prótese ($p < 0,05$). No GNI, o percentual de idosos que utilizavam prótese, variou de 79,4% a 90,2%, e não se comprovou a existência de associação significativa entre a coesão familiar e o uso de prótese ($p > 0,05$).

Tabela 14 – Uso de prótese por grupo de idosos segundo o grau de coesão familiar, Recife–PE, 2006.

Grupo	Coesão Familiar	Uso de prótese				TOTAL		Valor de p
		Presente n	%	Ausente n	%	n	%	
• GI	Desligadas	24	27,0	65	73,0	89	100,0	$p^{(1)} = 0,0001^*$
	Separadas	4	57,1	3	42,9	7	100,0	
	Conectadas	34	60,7	22	39,3	56	100,0	
	Aglutinadas	25	56,8	19	43,2	44	100,0	
Grupo total		87	44,4	109	55,6	196	100,0	
• GNI	Desligadas	22	81,5	5	18,5	27	100,0	$p^{(1)} = 0,4379$
	Separadas	27	79,4	7	20,6	34	100,0	
	Conectadas	55	90,2	6	9,8	61	100,0	
	Aglutinadas	22	84,6	4	15,4	26	100,0	
Grupo total		126	85,1	22	14,9	148	100,0	

(*): Associação significativa

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 15, o maior percentual de idosos do GI, necessitavam de ambas as próteses, enquanto que, no GNI, ocorreu o contrário. No GI, o percentual de pesquisados que necessitava de ambas próteses variou de 48,2% a 79,8%, comprovando-se a existência de uma associação significativa entre a coesão familiar e a necessidade de uso de prótese ($p < 0,05$). No GNI, os maiores percentuais apontaram os que não necessitavam de prótese, que variou de 52,9% a 78,7%. Entretanto, não se comprovou associação significativa entre a coesão familiar e a necessidade de uso de prótese ($p > 0,05$).

Tabela 15 – Necessidade de prótese dos idosos pesquisados, segundo a coesão familiar, por grupo, Recife–PE, 2006.

Grupo	Coesão familiar	Necessidade de prótese								TOTAL	Valor de p	
		Ambas		Só superior		Só inferior		Não necessita				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
● GI	Desligadas	71	79,8	1	1,1	9	10,1	8	9,0	89	100,0	$p^{(1)} = 0,0067^*$
	Separadas	5	71,4	-	-	-	-	2	28,6	7	100,0	
	Conectadas	27	48,2	-	-	17	30,4	12	21,4	56	100,0	
	Aglutinadas	26	59,1	-	-	9	20,5	9	20,5	44	100,0	
Grupo total		129	65,8	1	0,5	35	17,9	31	15,8	196	100,0	
● GNI	Desligadas	3	11,1	-	-	8	29,6	16	59,3	27	100,0	$p^{(1)} = 0,1918$
	Separadas	5	14,7	1	2,9	10	29,4	18	52,9	34	100,0	
	Conectadas	6	9,8	1	1,6	6	9,8	48	78,7	61	100,0	
	Aglutinadas	4	15,4	-	-	3	11,5	19	73,1	26	100,0	
Grupo total		18	12,2	2	1,4	27	18,2	101	68,2	148	100,0	

(*): Associação significativa

(1): Através do teste da Razão de Verossimilhança.

Discussão

7 DISCUSSÃO

7.1 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

A pretensão de associar a coesão familiar de idosos institucionalizados e não institucionalizados à prevalência de cárie e de perda dentária constituiu-se um desafio, diante da necessidade de: a) fundamentação científica em outras áreas do conhecimento (psicologia, antropologia); b) não se distanciar do objeto de estudo; lidar com uma população de alto risco para o desenvolvimento de doenças; c) realizar um estudo transversal utilizando um instrumento de coleta de dados validado e/ou adequado à investigação proposta; c) pesquisar o que aparentemente parecia óbvio, porém inédito.

Outro desafio também enfrentado foi à vulnerabilidade da população alvo e a sua participação no estudo, quer pela capacidade física ou mental, espontaneidade, disposição, solidariedade, e o próprio interesse em participar da pesquisa (alguns idosos recusaram-se a responder ao questionário FACES III), e outros que foram a óbito, causando uma considerável perda amostral.

As instituições envolvidas como campo de pesquisa apresentou diferenças, desde o próprio ambiente, bens e serviços, ao funcionamento (recursos humanos disponíveis), embora semelhantes quanto à finalidade: promover a melhoria da qualidade de vida da população estudada.

As instituições de longa permanência, realizando o acolhimento de idosos, independente de sua procedência; a instituição acadêmica, formando profissionais voltados para os problemas sociais da comunidade na qual está inserida, através de ações/atividades de extensão que possibilitou o atendimento a uma demanda específica de idosos, com aulas da natação e de hidroginástica.

7.2 CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO

No presente estudo, a maioria dos idosos pesquisados (GI e GNI) foram predominantemente do sexo feminino, na faixa etária de 70 anos ou mais, corroborando com estudos desenvolvidos em por Rosa *et al.* (1992); Frare *et al.* (1997); Freitas (2002); Rosa *et al.* (2003); Guedes; Silveira (2004); Ditterich; Rodrigues; França (2004); Herédia, *et al.*, (2004); Colussi; Freitas; Calvo (2004); Christoforo *et al.* (2005); Manzi (2005); Caldas Jr. *et al.* (2005); e Rodrigues Júnior, *et al.* (2006). No entanto, estudos realizados por Gaião; Almeida; Heukelback (2005) e Saliba *et al.* (1999), constataram a predominância do sexo masculino.

A renda dos idosos pesquisados, de ambos os grupos (GI e GNI), foi proveniente de aposentadorias⁵ e/ou pensão do cônjuge, verificando-se um percentual equilibrado, possivelmente porque no GI, a maioria das aposentadorias foi requerida pelo serviço social da instituição acolhedora, independente de ser filantrópica ou pública, sendo praxes a utilização de parte dessa renda para o custeio da institucionalização, corroborando com Herédia *et al.* (2004), ao afirmar que a maioria dos idosos paga a sua estadia com o repasse de sua renda à instituição.

⁵ Aposentadoria por Velhice, Art. 32 do Decreto Nº 81312 de 23 de janeiro de 1984, que expede a nova edição da Consolidação das Leis da Previdência Social.

No GNI, a maioria das aposentadorias foi proveniente da contribuição obrigatória à previdência social, durante o período de vida ativa, comumente conhecida por “aposentadoria por tempo de serviço”, garantindo ao segurado, uma renda vitalícia que visa à subsistência do cidadão após sua vida funcional, corroborando com Veras; Ramos; Kalache (1987), que afirmaram: “a aposentadoria é, portanto, uma forma de produzir a rotatividade no trabalho pela troca de gerações, permitindo aos jovens, o acesso a uma atividade remunerada”. No presente estudo, a maioria das aposentadorias foi em torno de um salário mínimo, conforme os estudos de Frare *et al.* (1997), enquanto Colussi; Freitas e Calvo (2004) constataram a renda maior do que um salário mínimo entre os idosos pesquisados.

Quanto à escolaridade, o nível mais elevado encontrado em ambos os grupos de pesquisados (GI e GNI) foi até a 8ª Série do Ensino Fundamental e o menor, entre os que concluíram o 2º Grau, coincidindo com os achados de Ditterich; Rodrigues e França (2004) e de Freitas (2006) que também encontraram maioria de idosos institucionalizados com a 8ª série concluída.

Provavelmente, tais resultados possam justificar-se, pelo fato dos homens das gerações passadas serem os responsáveis pela manutenção da família e por isso estudavam apenas o suficiente para ingressar no mercado de trabalho. As mulheres viviam mais em casa, cuidando das prendas domésticas e da educação dos filhos, tinham menos acesso ao estudo e, dependendo do poder aquisitivo de sua família, uma minoria era encaminhada aos internatos para receberem instrução, educação e cultura, refletindo no nível de escolaridade encontrado nos idosos dos dias atuais.

Com relação às variáveis idade, renda e escolaridade é importante ressaltar os achados de Figueiredo; Wassll; Flório (2006) que, em seus trabalhos, comprovaram haver estreita relação entre estas e a escolha de estilo de vida saudável, bem como, com a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida.

Nesse contexto, a qualidade de vida dos idosos pesquisada, aparentemente, está comprometida, em função da precariedade do quadro de saúde bucal observado em ambos os grupos, mesmo se, se levar em consideração a diferença do estilo de vida dos grupos estudados.

Estudo sobre a “atenção à saúde bucal do idoso: uma lacuna na odontologia”, desenvolvidos por Ditterich; Rodrigues; França (2004) demonstrou pouca escolaridade, entre os idosos com predominância para o sexo feminino. De acordo com o último Censo (IBGE, 2000), o nível educacional das pessoas com 60 anos ou mais, embora baixo, vem aumentando [...] enquanto 48,2% dos idosos com 75 anos ou mais tinham um ano de estudo ou menos, entre os de 60 a 64 anos, o percentual caía para 30,5%.

A condição civil ou estado marital demonstrou que a maioria dos idosos institucionalizados (GI) era solteira, corroborando com os estudos de Saliba *et al.*, (1999); Herédia *et al.* (2004); Caldas Jr. (2005) e Silva; Rezende (2006). Para os que moram com suas famílias ou sozinhos, o maior número é de casados ou morando juntos, semelhante aos estudos de Anderson (1998); Herédia *et al.* (2002); Rosa *et al.* (2003) e Silva; Rezende (2006).

Outro aspecto importante observado no estudo foi a quantidade de idosos procedentes “da rua”, sem nenhum vínculo familiar (sem parentes), ou ainda, trazidos à instituição por algum parente ou amigo, que lá o deixou e nunca mais procurou por ele, representando quase a metade da clientela alvo do grupo de institucionalizados (GI), enquanto no grupo de idosos não institucionalizados (GNI), todos apresentaram vínculo familiar.

A existência do vínculo não elimina a falta de coesão entre o idoso e sua família, considerando que alguns, apesar de possuírem vínculo familiar não se consideram membro integrante da sua família e se sentem desprezados, esquecidos, descartados pelos parentes. Outros idosos, por não terem conhecido nenhum parente, adotam outras famílias como se fosse a sua e mantêm uma estreita relação de amizade, afeto, gratidão e respeito o que, muitas vezes, não se observa nos idosos que possuem vínculo familiar, corroborando com OLIVEIRA; PASIAN; JACQUEMIN (2001). No presente estudo, os dados de grau de parentesco dos idosos registrados são, em sua maioria tios/tias, geralmente solteiros(as) e que não tiveram filhos, portanto, nunca foram pais/mães, conseqüentemente, nem avôs/avós, porém, sempre recebem a visita de um “sobrinho” que os visitam e tratam com carinho e respeito.

7.3 COESÃO FAMILIAR

As relações interpessoais do idoso e sua família podem influenciar no processo saúde-doença e, conseqüentemente, na saúde-doença bucal, relacionadas às suas condições sócio-econômico-culturais, que interferem no estilo e qualidade

de vida do idoso, independente do lugar e com quem resida (institucionalizado ou não institucionalizado) considerando-se, ainda, a sua experiência de vida.

Segundo Falceto, Busnello e Bozzetti (2000, p.255), as dificuldades nas interações sociais podem manifestar-se sob a forma de doenças psicossomáticas, problemas emocionais ou de relacionamento, de forma isolada ou em combinação, incluindo-se aqui o atual estado de saúde bucal, parte integrante e indissociável do estado geral do organismo que reflete a condição dentária do idoso.

No presente estudo, buscou-se investigar a influência da coesão familiar utilizando-se uma escala diagnóstica do funcionamento familiar (FACES III) que mede a capacidade da família de manter-se unida, frente às vicissitudes do dia-a-dia, subsídio complementar sugerido para aplicação no atendimento a pacientes que procuram serviços primários de saúde para a elucidação de diagnóstico psiquiátrico (principalmente depressão e ansiedade). Trata-se de uma escala diagnóstica reconhecida e validada no Brasil (1997) e “consagrada pela literatura especializada por apresentar um comportamento coerente que se repetia por múltiplos estudos internacionais” segundo Falceto; Busnello; Bozzetti (2000, p. 258).

Daí, a necessidade de fundamentação em outras áreas do conhecimento sistematizado, como a psicologia clínica, especialmente na área de terapia familiar (dinâmica e funcionamento da família), para investigar a coesão familiar, enquanto objeto do estudo, por tratar-se de fenômeno tão complexo, difícil de conceituar ou definir, considerando-se implicações teóricas e metodológicas, ideológicas, sociais e culturais, de acordo com Szymanski (2004). Assim, funcionalidade e adaptabilidade

podem ser definidas conforme os aspectos considerados como relevantes, na sua concepção de família.

A aplicação do questionário FACES III aos idosos de ambos os grupos (GI e GNI), após categorização das respostas obtidas, gerou dados, que deram origem a uma fonte de investigação sobre a dinâmica relacional e afetiva dos idosos e os membros de suas famílias. A coesão familiar, como elemento de ligação emocional existente entre os membros da família [...] se distribui num *continuum*, desde o desligamento entre os membros até o superenvolvimento, sendo que [...] o equilíbrio está no meio-termo, onde as trocas afetivas fluem mais facilmente, tanto no ambiente familiar como fora dele, segundo Green *apud* Szymanski (2004).

Portanto, a extrema coesão familiar dificulta a independência e o desligamento entre os seus membros e não promove o sentimento de fazer parte essencial para o desenvolvimento da identidade pessoal, na visão de Minuchin (1982) *apud* Szymanski (2004). “Os sentimentos como afeto, devoção e lealdade, como sinais de unidade familiar, além de preocupação com o bem estar do outro” se fazem presentes, como afirma Ackerman (1978, p. 85).

No grupo de idosos institucionalizados (GI), a maioria deixou de responder a quase todas as questões, com exceção da última, que questiona sobre a importância da união da família, observando-se o maior percentual para a resposta “quase sempre”. Apesar de não possuírem vínculo familiar, enquanto relação afetiva, esses idosos demonstraram o quanto seria importante para eles participarem de um grupo familiar cujos membros fossem unidos.

A ausência de respostas talvez tenha sido motivada pela falta de convívio dos idosos com suas respectivas famílias; ou por ter convivido no núcleo familiar durante quase toda a sua existência e serem abandonados na instituição em que hoje residem; ou ainda, por não terem conhecido nenhum membro de sua família consangüínea (adotados). Assim, acredita-se que a carência de vínculo familiar possa estimular aos idosos a constituir outros laços de família (não consangüíneos) dentro da própria instituição, ou com outras pessoas da comunidade que os visitam.

No grupo de idosos não institucionalizados (GNI), todos responderam a todas às questões e atribuíram o maior percentual para a resposta “quase sempre”, inclusive para a questão que se refere à “importância da união da família”, coincidindo com as respostas obtidas do grupo de institucionalizados, demonstrando que os idosos de ambos os grupos (GI e GNI) concordam em afirmar, o quanto é importante a união entre os membros da família.

O fato dos idosos terem respondido a todas as questões já era esperado, devido a sua procedência e o convívio com os seus familiares. O maior percentual de respostas “quase sempre”, atribuídas por esses idosos, sugere a presença de laços de família e a relação entre os seus membros.

Neste estudo, de acordo com a classificação das famílias, segundo Olson *apud* Falceto; Busnello; Bozzetti (2000), a média e a soma dos pontos obtidos, a partir das respostas ao questionário FACES III, demonstrou que a maioria dos idosos do GI foi oriunda de famílias desligadas e aglutinadas, enquanto os do

GNI procederam de famílias separadas e conectadas, o que nos remete a, de acordo com os estudos de Green *apud* Falceto; Busnello; Bozzetti (2000), identificar o melhor grau de coesão familiar entre os idosos do GNI.

7.4 CONDIÇÃO DENTÁRIA

A condição dentária dos idosos examinados no GI apresentou um elevado valor da média do CPO-D, aproximando-se dos achados de Gaião; Almeida; Heukelbach (2005) e ficando abaixo dos valores, ainda mais elevados, encontrados por Rosa *et al.* (1992), Pereira; Silva; Meneghin (1999) e Rodrigues Júnior *et al.* (2006). Para o componente perdidos, houve concordância com os achados de Gaião; Almeida; Heukelbach (2005) e de Pereira; Silva; Meneghin (1999). Enquanto os componentes cariados e obturados apresentaram menor percentual, sendo ainda inferior à média dos dentes hígidos.

Em função da média elevada de dentes perdidos, observou-se um alto percentual de edentulismo, mais ou menos equivalente aos achados encontrados por Rosa *et al.* (1992); Pereira; Silva; Meneghin (1999); Saliba *et al.* (1999); Ditterich; Rodrigues; França (2004); Caldas Jr. (2005) e Gaião; Almeida; Heukelbach (2005).

Provavelmente, o fato é que se deva relacionar à questão sócio-econômica-cultural determinada por vários fatores, entre eles: a) a falta de discernimento, quanto à saúde bucal, como parte integrante e inseparável da saúde geral do organismo; b) ao poder aquisitivo desse grupo populacional, frente aos custos de uma reabilitação protética e a falta de oferta de serviços públicos que

atendam a essa demanda; c) ao conformismo dos menos esclarecidos em achar que a perda dos dentes está naturalmente associada ao avanço da idade e que o edentulismo é o esperado, no ciclo final da vida.

O uso e a necessidade de prótese também foram avaliados, verificando-se uma grande carência e necessidade para ambos os arcos dentários (superior e inferior) uma situação comum, observada na população idosa, de um modo geral, concordando com os estudos de Gaião; Almeida; Heukelbach (2005) e Caldas Jr. (2005) que apontam o aumento dessa necessidade, e confirmada, anteriormente, por Rosa *et al.* (1992) que constatou o uso de prótese em apenas 15% dos idosos que dela necessitavam, quadro mais ou menos semelhante aos resultados encontrados no presente estudo.

A condição dentária dos idosos nesse grupo não foi diferente da encontrada entre os idosos com mais de 60 anos de idade, há vinte anos⁶. As casas de longa permanência que abrigam os idosos sobrevivem com dificuldade financeira, mesmo assim, procuram assisti-los da melhor forma possível, principalmente, no que se refere à sua saúde geral. No entanto, das instituições visitadas, apenas 20% possuem consultório odontológico (duas), com cirurgião-dentista voluntário, ficando as demais dependendo do acesso aos serviços de saúde da rede pública.

Atualmente, os serviços públicos continuam incapazes de limitar os danos causados pela cárie dentária, por ausência de programas preventivos

⁶ 1986– Levantamento epidemiológico em saúde bucal sugeria as péssimas condições em que se encontravam pessoas com 60 anos ou mais. 1996 – Levantamento epidemiológico em saúde bucal (Zona urbana) 72% dos idosos estavam usando ou necessitando de, pelo menos, uma prótese total. 2002– 2003– Levantamento nacional das condições de saúde bucal (SB Brasil, 2003).

direcionados a esse contingente populacional, apesar da inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), as extrações em massa ainda são uma realidade e o atendimento disponível à população idosa configura-se como emergencial (PUCCA JR. 2006).

A edentação parcial e total ainda é o quadro mais encontrado entre os idosos institucionalizados, promovendo uma grande demanda de tratamentos protéticos que não são oferecidos à população necessitada, nem pelo serviço público, nem nos consultórios odontológicos da rede privada por custos mais acessíveis, situação semelhante foi detectada nos estudos de Fernandes *et al.* (1997).

A experiência e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados podem interferir, de forma negativa, na sua auto-estima desestimulando-os a cuidar de sua saúde, especialmente a bucal. O que ratifica a opinião de Albuquerque (1994) *apud* Oliveira, Pasian Jacquemin (2001), quando afirmam que os idosos de asilos são mais apáticos, sem motivação e extremamente carentes.

Portanto, o presente estudo vem corroborar com os resultados obtidos por Gaião, Almeida e Heukelbach (2005), cujos dados comprovaram a precariedade da saúde bucal, na maioria dos idosos pesquisados, além de constatar a necessidade de medidas intervencionais de educação em saúde e tratamento precoce, focalizadas nessa população.

No grupo GNI, os achados referentes ao valor da média do CPO-D e ao percentual da média de seus componentes cariados e perdidos foi menor, em relação ao grupo anterior (ROSA *et al.*, 1992; MENEGHIN; SALIBA, 2000; COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004; CHRISTOFORO *et al.*, 2005).

Os valores correspondentes à média de dentes obturados e dos hígidos foram maiores, refletindo um baixo percentual de edentulismo, corroborando com os estudos de Rosa *et al.* (1992); Frare *et al.* (1997) e Colussi; Freitas; Calvo, (2004). Quanto ao uso de próteses, verificou-se um maior percentual para ambos os arcos dentários e um menor percentual para a necessidade do uso de prótese, contrariando os achados de Rosa *et al.* (1992) e de Frare *et al.* (1997).

A condição dentária dos idosos não institucionalizados, apesar de estarem também inseridos no mesmo contexto de precariedades das condições de saúde bucal dos institucionalizados, demonstrou diferenças acentuadas, quanto ao acesso à assistência odontológica, comprovado pelo elevado percentual de dentes restaurados e pela reabilitação protética.

A saúde bucal e a qualidade de vida dos idosos, mais do que em outros grupos etários, sofrem a influência de vários fatores determinantes da cárie dentária, num processo dinâmico sócio-ecológico que, segundo Ericksen; Bjertness (1991) *apud* Freitas (2001) são considerados: a) cuidados com a saúde; b) o ambiente; c) o tempo; d) a biologia; e) a organização dos serviços; f) a inter-relação entre os microrganismos, o substrato e o hospedeiro. O próprio estilo de vida é um fator determinante para a manutenção da saúde bucal.

Entre esses fatores determinantes da saúde ou da doença, acredita-se que a experiência e a qualidade de vida interferem positivamente na auto estima dos idosos do GNI motivando-os a cuidar mais dos seus dentes, utilizando-se de meios e procedimentos preventivos, demonstrando que é possível modificar o quadro de saúde bucal de duas décadas passadas. Acredita-se que, para esses idosos, as dificuldades relativas ao acesso aos serviços públicos são as mesmas, porém, eles são mais determinados e buscam melhor condição de vida, incluindo-se nesta, uma boa condição dentária, como um meio de garantir uma boa saúde geral. A edentação parcial e total também foi evidenciada entre esses idosos, mas em contrapartida, a maioria apresentou reabilitação protética.

Conclusão

8 CONCLUSÃO

No presente estudo concluiu-se que:

- a) houve diferença na coesão familiar, entre os grupos de idosos entrevistados, sendo que o grupo dos não institucionalizados apresentou melhor grau de coesão familiar;
- b) a prevalência de cárie dentária foi mais elevada entre os idosos institucionalizados;
- c) a perda dentária foi o componente do CPO-D que apresentou maior percentual médio, entre os idosos examinados;
- d) o menor percentual médio registrado foi para o componente cariado, entre os idosos não institucionalizados;
- e) o maior percentual médio de dentes obturados foi encontrado, entre os idosos não institucionalizados;
- f) o maior percentual de idosos edêntulos, bem como, de maior necessidade do uso de prótese foram observados entre os idosos institucionalizados;
- g) na população de idosos, a coesão familiar exerce influencia na prevalência de cárie e de perda dentária.

Referências

REFERÊNCIAS

ACKERANN, N. W. (1978). **Psicoterapia de la familia neurotica**. Trad. N. Watson. Buenos Aires: Hormé.

ANDERSOM, M. I. P.; ASSIS, M.; PACHECO, L. C.; SILVA, E. A.; MENEZES, I. S.; DUARTE, T.; STORINO, F.; MOTTA, L. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos sobre envelhecimento. UNATI/UERJ**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 1 -44 2º semestre, 1998.

BALASSIANO, D. F. A saúde dos dentes na terceira idade. **Medcenter.com Odontologia**. Disponível em: < <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=382&idesp=19&ler=s> >. Acesso em: 08 jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. **Políticas de atenção ao idoso**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal** : Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. Área técnica de saúde bucal– Projeto SB Brasil 2000. Brasília: Ministério da saúde. 2001, p.53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de saúde do idoso**. Brasília, 1999.

BUCHER, J. S. N. **A mulher e o trabalho**. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Projeto Promoção da Saúde, Brasília, DF, p. 14 -16, 2002.

CALDAS JR., A. F.; CALDAS, K. U.; OLIVEIRA, M. R. M.; AMORIM, A. A.; BARROS, P. M. F. Impacto do edentulismo na qualidade de vida. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas, 14(3); 229-238, mai./jun., 2005.

CALDAS JR., A. F.; FIGUEIREDO, A. C. L; SORIANO, E. P. Prevalência de cárie e edentulismo em idosos de Recife-Pernambuco-Brasil. **Rev. bras. ciênc. saúde**, João Pessoa, v. 6, n. 2, p.113-122, 2002.

CARDOSO, A. Patologia oral na velhice. In: AMANCIO, A. ; CAVALCANTI, P. C. U. (Org.). **Clínica geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. Cap. 11: p. 85-93.

CARVALHO, F.º. E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALETTO NETO, M. (org:). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 5: p. 60-70.

CARVALHO J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, n.19, v. 3, p. 725-72, maio/jun. 2003.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, n. 33, v. 5, 1999.

CHINOY, E. **Sociedade**: uma introdução à sociologia. Trad. Otávio Mensais Cajado. São Paulo: ed. São Paulo, 1999.

CHRISTOFORO, S. R. M.; HEBLING, E.; TAGLIAFERRO, E. P. S.; PEREIRA, S. M.; PEREIRA, A. C.; MENEGHIN, M. C.; Prevalência de perda dentária e de uso e necessidade de próteses em idosos. *Rev. Odonto*. São Bernardo do Campo. v..13, n. 25, p. 81 – 89, jan./jun., 2005.

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 Epidemiology**, v. 7, n. 1, 2004.

CORMACK, E. F. Odontogeriatría para o clínico geral. **Medcenter.com Odontologia**, Disponível em:< <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=274&idesp=19&ler=s> >. Acesso em: 08 jun. 2005.

COUTIN, D. **O significado do cuidar para familiares de crianças e adolescentes com doenças crônica**. 2001. N. de folhas. Dissertação (Mestrado)-Faculdade..., Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DITTERICH, R. G.; RODRIGUES, C. K. ; FRANÇA, B. H. S. Atenção bucal do idoso institucionalizado: uma lacuna na odontologia. **Medcenter.com.odontologia**, 2004. Disponível em: [TTP://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=274&idesp=19&ler=s](http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=274&idesp=19&ler=s)>. Acessado em: 10.out. 2006.

DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: atenção primária baseada em evidência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. (15)

DUNKERSON, J. A. A odontologia na terceira idade. **Medcenter.com odontologia**. Disponível em: < <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=74&idesp=19&ler=s> > Acesso em: 08 jun. 2005.

ERICKSEN, H. M.; BJERTNESS, E.. Concepts of health and disease and caries prediction: a literature review. **Scand. J. Dent. Res.**, n.99, p. 476-483, 1991. In: FREITAS, S. F. T; **A história social da cárie dentária**. Bauru, EDUCS, 2001. 126 p.p/ ARANTES, R. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M.C. Strong Validation of diagnostic scales of family functioning for use in primary attention health service. **Rev. Panam. salud publica**, Washington, v. 7, n. 4, Apr. 2000. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em 10/06/2005.

FARIA, A. L. Família, crise e valores. **Corpo de psicólogos e psiquiatras cristãos**. Brasília, DF: CPPC. Disponível em: <<http://www.cppc.org.br/boletim51.html>>. Acesso em: 20 nov. 2003.

FERNANDES, R. A. C.; SILVA, S. R. C.; WATANABE, M. G. C.; PEREIRA, A. C. ; MATILDES, M. L. R. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.54, p. 107–110, 1997.

FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Editora da UFRN: Natal, 2004. p. 304.

FONSECA, J. A.; Martins, G. A. **Curso de estatística**. 6 ed. Atlas: São Paulo, 1996, Cap. 7, p. 167 – 182.

FRANKS, A. S. T.; HEDEGARD, B. **Odontologia geriátrica**. Rio de Janeiro: Labor, 1977. 228 p.

FRARE, S. M.; LIMAS, P. A.; ALBARELLO, F. J.; PEDOT, G.; RÉGIO, R.A.S. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**; São Paulo, v. 51, n. 6, nov./dez. 1997.

FREITAS, M. T. Idosos e família: asilo ou casa. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/previdencia/noticia/25072002/idoso.shtm>. Acessado em: 20/11/2006

FREITAS, S. F. T. **A história social da cárie dentária**. Bauru, EDUCS, 2001. 126 p.p / ARANTES, R. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário estatístico do Brasil**: censo demográfico. Rio de Janeiro, 1991. p. 47-50.

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-CE. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 2005, 8(3): 316-23.

GUEDES, J. M.; SILVEIRA, R. C. R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, p. 10-21, 2004.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A.; SASSI, A.; BORGES, M. N. A realidade do idoso institucionalizado. **Textos envelhecimentos**, UNATI/UERJ, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 7-8, jul./dez., 2004.

HULLEY, S. B; CUMMINGS, S. R; BROWNER, W. S; GRADY, D; HEARST, N; NEWMAN, T. B. Delineando a pesquisa clínica : uma abordagem epidemiológica. 2 ed. Artmed: Porto Alegre, 2003. Cap 8, p. 127-128.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População residente, por grupo de idade, segundo as regiões metropolitanas, a RIDE e os municípios. Censo Demográfico 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil – Esperança de Vida às Idades Exatas 1980, 1991, 2000 e 2003. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica demográfica, 2003.

KINA, S. CONRADO, C. A.; BRENNER, A. J.; KURIHARA, E. O ensino da estomatogeriatría no Brasil: a experiência de Maringá. **Rev. odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 69-73, jan./mar. 1996. (Resumo LILACS ID 179731).

KNABE, C.; KRAM, P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 24, no. 12, p. 909-912, 1997.

KRIBBS, P. J.; SMITH, D. E.; CHESNUT, C. H. Oral findings in osteoporosis. Part II: Relationship between residual ridge and alveolar bone resorption and generalized skeletal osteopenia. **J. prosthet. dent.**, St. Louis, v. 50, n. 5, p. 719-724, 1983.

LASCALA, N. T. Diagnóstico precoce: promoção de saúde bucal. In: LASCALA, N. T. **Prevenção na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 52-55.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde, Brasília, DF, p. 31-36, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. ; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p: 745-756. maio/jun., 2003.

LUCENA, H. J. de A. ; IMPERIANO, M. T.; MACIEL, S. M. de L. Problemas bucais que demandam o serviço odontológico privado de Campina Grande, PB. In: ENCONTRO DE INTERAÇÃO ACADÊMICA DE SAÚDE, 6., 2001, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas da Saúde, 2001. Tema Livre n. 076, CD-R.

MANZI, C. T. A. Incidência de cárie e perda dental em idosos institucionalizados na cidade do Recife: necessidade de tratamento restaurador, percepção de saúde e qualidade de vida. 2005, 173 f., Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de Concentração em Dentística), Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, Pernambuco, 2005.

MARINO, R. Oral health of the elderly, myth and perspective. **Bull. Pan Am. Health Organ.**, Washington, vol. 28, no. 3, p. 202-10, 1994.

MARQUES, J. A. M; MUSSE, J. O; BARBOSA, M. B. C. B.; SOUZA, E. H. A. **Biossegurança em odontologia**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2003.

MOJON, P.; RENTSCH, A.; BUDTZ-JORGENSEN, E. Relationship between prosthodontic status caries, and periodontal disease in a geriatric population. **Int. J. Prosthodont.**, Lombardi, v. 8, n. 6, p. 564-571, 1995.

MONCRIEFF, R. G. Nursing home dentistry. **N. Y. state dent. j.** New York, v. 62, n. 10, p. 43-7, 1996.

MORIGUTI, J. C. Doenças do aparelho digestório alto. In: FREITAS, E. V. de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 45: p. 381-390.

NICOLA, P. de. Aspectos gerais do envelhecimento. In: **Geriatrics**. Trad. ALDA RIBEIRO D. C. LUZZATO. Ed. Porto Alegre, Porto Alegre: 1986. 384 p., cap. 1, p. 03-22.

OLIVEIRA, E. A.; PASIAN, S. R.; JACQUEMIN, A. A vivência afetiva em idosos. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 68-83, 2001.

OLIVEIRA, C. R. M.; SOUZA, C. S.; FREITAS, T. M.; RIBEIRO, C. Idosos e família: asilo em casa. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/homeprevidencia/noticia/25072002/idoso.phtm>. Acessado em: 20.11.2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**: manual de instruções. 3 ed. São Paulo: Santos; Genebra, Cap. 1, p.8, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**: manual de instruções. 4 ed. São Paulo: Santos; Genebra, 1997.

OSÓRIO, L. C. **Família hoje**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996. Cap 2, p. 14-23.

OSÓRIO, L. C. Novos rumos da família no limiar do século XXI. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. **Terapia de famílias, novas tendências**. Artes médicas: Porto Alegre, 2002. Cap. 2. p. 17-23.

PADILHA, D. M. P. et al. Odontogeriatrics: em busca de novas definições. **Rev. Assoc. Odontol. Saúde Coletiva.**, Brasília: ano 1, v. 1, n. 3, p. 24-26, jul./set. 1998.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. 19: p. 567-586.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPA LEO NETO, M. (org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 28: p. 313-323.

PASTORE, J. A mulher dos anos 2000. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde, Brasília, DF, p.8-10, 2002.

PEREIRA, A. C.; SILVA, F. R. B.; MENEGHIM, M. C. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba-SP. **ROBRAC**, Goiânia, v. 8, n. 24, p. 17-21, 1999

PEREIRA, A. C.; SILVA, F.R.B.; MENEGHIN, M. C. Condições periodontais em idosos usuários do centro de saúde "Geraldo de Paula Souza", São Paulo, Brasil. **Rev. Fac. Odontol. Lins, Lins**, v. 9, n. 1, p. 20-25, 1996.

PEREIRA, A. C.; SILVA, F.R.B.; MENEGHIN, M. C. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba- SP. **ROBRAC**, Goiânia, v.8. n. 24, p. 17-21, 1999.

PEREIRA, A. C.; QUELUZ, D. P.; MENEGHIN, M. C.; CASTELLANOS, F.R.A.; SILVA, S. R. C.; WATANABE, M. G. C. Condições periodontais em idosos usuários do Centro de Saúde "Geraldo de Paula Souza", São Paulo, Brasil. **Rev. Fac. Odontol. Lins, Lins**, v.9, n.1, p. 20-25, 1996.

PEREIRA, M. G. Aferição dos eventos. In: PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 17: p.362-376.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2000.

PUCCA JR., G. A. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPA LÉO NETO, M. (org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 27, p. 297-310.

PUCCA JR, G. A. A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos. **Medcenter. com odontologia. 2002**. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.Asp?id=81&idesp=19&ler=s>> Acessado em: 10/10/2006.

PUCCA JR., G. A. **Perfil do edentulismo e do uso de próteses dentais em idosos residentes no município de São Paulo**. 1998. 107 f. Dissertação (Mestrado

em Epidemiologia)-Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

PUCCA JR. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência e saúde coletiva**. v. 11, n. 1, Rio de Janeiro: jan./mar., 2006

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 21, p. 211-224, 1987.

RIBEIRO, A. M. Atendimento a idosos desperta a atenção de dentistas brasileiros. 1999 Disponível em <http://www.serta.com.br/odontogeriatría/atuali14htm>. Acesso em: 18/08/06 de 2003.

RODRIGUES JR, f. H.; CARVALHO, L. P.; OLIVEIRA Fº, L. B.; CALDAS JR, A. F.; MANZI, C. T. A. Incidência de cárie e edentulismo em idosos. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas, v.15, n.1, p.33-40, 2006.

ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C. PINTO, G. V.; RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, n. 26, p. 55-160, 1992.

ROSA, M. **Psicologia evolutiva, psicologia da idade adulta**. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 102-131.

ROSA, M.; CASTELLANOS, R. A; PINTO, V. G. Saúde bucal na terceira idade. **RGO**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 97-102, mar./abr. 1993.

ROSA, T. E.; BENÍCIO, M. H. D'A.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 1, São Paulo, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z. , ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e clínica**. 5. ed. São Paulo: MEDSI, 1999. Cap. 7: p. 171-181.

SAINTRAIN, M. V. de L. **O ensino da odontogeriatría nas universidades brasileiras: situação atual e perspectivas**. 2003. 131 f. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-graduação em odontologia, da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2003.

SALIBA, C. A.; SALIBA, N. A.; MARCELINO, G.; MOIMAZ, S. A. S. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 279-82, 1999.

SCELZA, M.F.Z.; PERRO, V.; SCELZA, P.; ZACCARO, M.; RODRIGUES, C. Status protético e alterações bucais dos pacientes do Programa Indisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 5, p. 310-313.

SEHL, B. R. Odontogeriatrics para o clínico geral. **I Meeting Internacional de Odontogeriatrics**, Curitiba: maio 2001.

SHAY, K., SHIP, J. A., The importance of oral health in the older patient. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v. 43, n. 12, p. 1414-22, 1995.

SILVA, T. E.; REZENDE, C. H. A. Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centro de convivência e institucionalizados por meio do questionário WHOQOL – BREF. Disponível em: www.propp.ufu.br/revista_eletronica/Edicao%202006_1/D/tais_estevao.pdf. Acessado em: 25/10/2006.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFAM. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: 1996.

SOUZA, A. M. N. **A família e o seu espaço**: uma proposta de terapia familiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1997.

STABHOLZ, A. BABAYOF, I.; MERCEL, A.; MANN, J. The reasons for tooth loss in geriatric patients attending two surgical clinics in Jerusalem, Israel. **Gerodontology**, Mount Desert, v. 14, n. 2, p. 83-88, 1997.

STARFIELD, D. B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, DFID, 2004.

SZYMANSKI, H. Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psicoeducacional. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 21, n. 2, p. 5-16, mai./ago, 2004.

TORRES, S. V. de S. Saúde bucal: alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 100: p. 828-837.

VELOZ, M. C. T.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia e reflexão crítica**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, 1999.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun. 2003.

VERAS, R. P. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Damará, UERJ, 2002

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 225-33, 1987.

WERNER, C. W. A.; MARFINATI, S. M. A. P.; Considerações para o tratamento dentário do idoso com cardiopatia. **Saúde Rev.** São Paulo: v.2, n. 4, p. 23-26, 2002.

WERNER, C. W.; SAUNDERS, M. J.; PAUNOVICH, E.; YEH, C.. Odontologia geriátrica. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, v.11, n. 1, p.62-70, jan./jun. 1998.

Apêndices

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](#)