

**UNESP- Universidade Estadual Paulista
Faculdade de odontologia de Araraquara**

Cristiane Henriques

*Indicadores de Saúde Bucal
e Qualidade de Vida*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Dentística Restauradora, da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista - UNESP, para obtenção do título de Doutor em Dentística Restauradora.

Orientador:

Profa. Dra. Leonor de Castro Monteiro Loffredo

**Araraquara
2007**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Henriques, Cristiane

Indicadores de saúde bucal e qualidade de vida / Cristiane
Henriques. – Araraquara : [s.n.], 2007.
100 f. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Leonor de Castro Monteiro Loffredo

1. Saúde bucal 2. Cárie radicular 3. Doenças periodontais
4. Odontologia geriátrica 5. Qualidade de vida I. Título.

Dados Curriculares

Cristiane Henriques

Nascimento:	10/02/1976 – Araraquara/ SP
Filiação:	Aldimir Henriques (in memorian) Joana Merlos Henriques
1995 – 1998	Curso de Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.
1995 – 1998	Curso de Graduação em Direito pela Faculdade de Direito do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA.
1996	Estágio de Treinamento na Disciplina de Histologia e Embriologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.
1997 - 1998	Iniciação Científica sob a orientação da Profa. Dra. Mônica da Costa Serra - Bolsista PIBIC/CNPq.
1999	Estágio de Atualização na Disciplina de Dentística Restauradora da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.
1999	Estágio de Atualização na Disciplina de Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.
2000 – 2002	Mestrado em Alimentos e Nutrição, área de Ciências Nutricionais, na Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.
2001	Estágio de Docência na disciplina de Anatomia da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.
2003 – 2005	Curso de “Atualização em Ortodontia” – teórico-prático (clínico) na Escola de Aperfeiçoamento Profissional da “Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas – Regional de Jaú / SP”.
2005 - 2007	Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Dentística Restauradora, Doutorado, pela Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP.

CRISTIANE HENRIQUES

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA

COMISSÃO JULGADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR

Presidente e Orientador Profa. Dra. Leonor de Castro Monteiro Loffredo

2º Examinador Profa. Dra. Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

3º Examinador Profa. Dra. Andréia Affonso Barreto Montandon

4º Examinador Prof. Dr. Rodolpho Telarolli Junior

5º Examinador Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues Junior

Araraquara, 03 de dezembro de 2007.

Dedicatória

Dedico este trabalho,

À minha mãe, Joana, pelo amor, carinho e paciência com que se dedicou à minha educação, sempre me ensinando os caminhos da honestidade, humildade e perseverança.

Ao meu pai, Aldimir, “in memorian”, com quem tão pouco convivi e que tanto me orgulha.

Ao Fernando, que já faz parte da minha família, pelo carinho, amor, atenção, companheirismo, apoio e incentivo.

Aos meus avós, “in memorian”, tios e primos que sempre me transmitiram muita fé, apoio e confiança.

Aos meus irmãos, Vagner, Joelmir e Aldimir Francisco, pelo estímulo e apoio à minha carreira.

Aos meus sobrinhos, que trouxeram luz para meu caminho e fazem parte de minha alegria de viver.

Agradecimento a Deus

Dedico este trabalho,

A Deus, que opera suas maravilhas em lugares inesperados, por meio de pessoas estranhas e em ocasiões imprevistas, dando a oportunidade de que este trabalho pudesse ser iniciado.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar... As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito”. (Chico Xavier)

Agradecimento especial

Tem gente que é anjo, mesmo sem ter asas formosas.

Gente que espalha alegria, fazendo coisas maravilhosas.

Se um anjo é alguém que é pleno de amor isto é uma dádiva que eles estão sempre compartilhando.

Se um anjo é alguém que toca nossas vidas com seu coração amoroso e clemente, então, mesmo sem ter asas ou alo radiante, você é anjo com disfarce de gente.

À Profa. Dra. Leonor de Castro Monteiro Loffredo, minha orientadora, modelo de disponibilidade que, além de ter contribuído de maneira ímpar para a formalização deste trabalho, com sua dedicação e seus conhecimentos me fez acreditar que esse momento poderia se transformar em realidade. Muito obrigada pelo carinho e atenção, saiba que tenho profunda admiração e respeito por você.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, e aos professores do programa de pós-graduação do Departamento de Odontologia Restauradora, pela valiosa contribuição à minha formação científica.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP e ao Centro Regional de Reabilitação de Saúde de Araraquara- SP, pela permissão, apoio e incentivo na realização deste trabalho.

Aos funcionários da secretaria do programa de pós-graduação e da biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, pelo excelente atendimento sempre dispensado.

Aos docentes da disciplina de Dentística Restauradora da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, pelos conhecimentos em didática transmitidos, atenção e auxílio.

Aos pacientes, que colaboraram de forma significativa e carinhosa para a realização deste trabalho.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram durante a elaboração deste trabalho.

Sumário

Resumo.....	10
Abstract.....	12
1 Introdução	14
2 Revisão da literatura.....	19
3 Proposição	35
Capítulo 1 Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara-SP.....	36
Capítulo 2 Reprodutibilidade de indicadores de saúde bucal e qualidade de vida.....	53
Capítulo 3 Prevalência de cárie radicular e de doença periodontal em adultos e idosos. Araraquara –SP, 2006.....	56
Capítulo 4 Índice GOHAI: autopercepção da saúde bucal de adultos e idosos.....	72
4 Conclusões.....	87
5 Referências	88
6 Anexos	98

Henriques C. Indicadores de saúde bucal e qualidade de vida [Tese de doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2007.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a autopercepção e as condições de saúde bucal de pacientes maiores de 50 anos, residentes em Araraquara-SP, verificando o grau de reprodutibilidade dos indicadores empregados. O planejamento estatístico incluiu estimativa de prevalência, por ponto e por intervalo de 95% de confiança (IC95%), estimativa de concordância pela estatística kappa e testes de associação com nível de significância de 5%. Inicialmente, foi verificado, entre idosos, nível ruim de autopercepção, com associação não-significativa com doença periodontal ($p=0,5133$), cárie radicular ($p=0,9636$) e uso de prótese ($p=0,3286$). Posteriormente, entre 149 pacientes maiores de 50 anos, atendidos na FOAr-UNESP e no Centro Regional de Reabilitação de Saúde de Araraquara-SP, determinou-se a prevalência das principais doenças bucais. Observou-se que aproximadamente 61% (IC_{95%}: 53% – 69%) dos indivíduos apresentaram lesão de cárie radicular e cerca de 69% (IC_{95%}: 62% – 76%) doença periodontal. Adicionalmente, considerando-se os sextantes, o sextante definido pelos números dos dentes 33-43, obteve maior prevalência de doença periodontal (60,3%) e 22% dos pacientes apresentaram o sextante definido pelos números dos dentes 13-23 desdentado. Para avaliação da autopercepção utilizou-se o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI). A maioria dos entrevistados afirmou nunca ter sofrido

limitações (físicas, psicológicas, dor ou desconforto) devido a seus dentes ou próteses. Observou-se que 71,8% relataram sempre estarem felizes com o aspecto de seus dentes ou prótese e 77,9% afirmaram sempre se preocupar ou ter cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses. Entretanto, 25,7% apresentaram freqüentemente problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã e para 30,9% dos indivíduos houve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces. O índice GOHAI foi calculado, tendo alcançado o valor 50, aproximadamente, característico de autopercepção regular da saúde bucal, com diferença estatisticamente não-significante entre os dois sexos ($p=0,963$) e em relação à escolaridade ($p=0,618$). A consistência interna do instrumento GOHAI foi boa (α -Cronbach= 0,80). Os resultados mostraram condições de saúde bucal que podem comprometer a qualidade de vida de grande parte dos indivíduos examinados.

Palavras-chave: Saúde bucal; Cárie radicular; Doenças periodontais; Odontologia geriátrica; Qualidade de vida.

Henriques C. Indicators of oral health and quality of life [Tese de doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2007.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the self perceived and the conditions of oral health of patients in aged 50 years and over, living in Araraquara-SP, checking the rate of reproducibility of indicators used. The statistic planning included prevalence rates by point and by 95% confidence interval had been calculated ($CI_{95\%}$), estimation of agreement by kappa statistic and tests of association with significance level of 5%. Initially, it was found among the elderly, poor level of self perceived, with non-significant association with periodontal disease ($p = 0.5133$), root caries ($p = 0.9636$) and use of prosthesis ($p = 0.3286$). Later, between 149 patients older than 50 years, treatment in the Araraquara Dental School and in the Regional Center of Health of Araraquara- SP, were determined the prevalence of the main oral diseases. Approximately 61% ($CI_{95\%}$: 53% – 69%) of the individuals had presented lesion of root caries and about 69% ($CI_{95\%}$: 62% – 76%) periodontal disease. Additionally, considering the sextants, the sextant defined for the numbers of teeth 33-43, presented the highest prevalence of periodontal disease (60.3%) and 22% of the patients had the sextant defined for the numbers of teeth 13-23 toothless. In order to evaluate the perceived oral health, it was used the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). The majority of the

interviewed patients had no limitations (physical, psychological, pain or discomfort) caused by their teeth, gums or prosthesis. Additionally, 71.8% always were pleased or happy with the looks of their teeth, gums or prosthesis and 77.9% were always worried or concerned about the problems with their teeth, gums or prosthesis. However, 25.7% had trouble biting or chewing any kind of food, such as firm meat or apples and for 30.9% of the individuals had their teeth or gums sensitive to hot, cold or sweets. The GOHAI index was calculated, having reached the value 50, approximately, characteristic of regular self perceived of the oral health, with statistical difference non-significant between the sexes ($p = 0.963$) and in relation to education ($p=0.618$). The internal consistency of the GOHAI instrument was good (α -Cronbach= 0.80). The results showed conditions of oral health that can compromise the quality of life of a large proportion of these individuals.

Key-words: Oral health; Root caries; Periodontal diseases; Geriatric dentistry; Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A utilização de indicadores clínicos de saúde bucal para a medição dos problemas odontológicos tem sido prioridade em odontologia. A par dos recursos clínicos para diagnosticar as condições de saúde bucal é de interesse conhecer o impacto destas condições na qualidade de vida dos indivíduos.

Índices como o CPO-D, que totaliza o número de dentes cariados, perdidos e obturados por indivíduo, ou o CPI (Índice Periodontal Comunitário) consideram apenas as dimensões clínicas da cárie dental e das doenças periodontais mediante diagnóstico do profissional em odontologia⁵⁵.

O grau de preocupação das pessoas em relação a quanto a condição bucal afeta suas vidas tem sido cada vez mais explorado na literatura^{8,58,75} e acredita-se que essa percepção possa variar entre os diferentes grupos de nível econômico e social, grupos etários e sexo, onde, as circunstâncias e os diferentes estados da condição bucal podem influenciar a qualidade de vida¹⁴.

Segundo McGrath⁴⁸ (2002), pessoas de classes sociais mais baixas mostraram associação não significativa entre saúde bucal e qualidade de vida, enquanto entre pessoas de classes mais privilegiadas, houve maior interferência; porém, isso pode estar relacionado com o quanto as pessoas percebem a sua saúde, assim como, o que é importante para as mesmas estarem satisfeitas com sua condição bucal.

Para a análise de aspectos funcionais, sociais e psicológicos das doenças ou desordens orais e para examinar a funcionalidade e a estética da dentição,

inúmeros indicadores de saúde bucal e qualidade de vida têm sido propostos, destacando-se:

1- Prevalência de cáries radiculares: De acordo com os dados disponíveis na literatura^{29,79}, a cárie é um dos principais problemas bucais. Na população adulta e idosa, alguns fatores como a redução do fluxo salivar pelo uso de medicamentos, a dificuldade de higienização por problemas psicomotores e a alteração da dieta, potencializam a ação da doença nessa população¹².

Segundo uma revisão de literatura realizada por Kalk et al.³⁷ (1992), a porcentagem de idosos com uma ou mais superfícies radiculares cariadas ou restauradas varia de 45% a 87%. Os autores desta revisão citaram um estudo feito na Holanda, em 1988, onde 56% das pessoas de 55 a 64 anos de idade e 62% das pessoas de 65 a 74 anos apresentaram alguma superfície radicular cariada ou restaurada.

2- Índice CPI: Este índice é indicado para exame periodontal, proposto pela OMS (Organização Mundial de Saúde)¹¹. O CPI aborda condições de sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais, dividindo a cavidade bucal em sextantes, cada qual com seus dentes índices.

Os índices periodontais têm avaliado somente parâmetros clínicos e epidemiológicos da doença periodontal. Ainda não se considerou de maneira efetiva o grau de percepção da presença da doença periodontal pelas pessoas nos diferentes estágios da doença, assim como as dimensões sociais e psicológicas e o real impacto desse problema na qualidade de vida dos indivíduos. Para isso, seria interessante observar o grau de percepção da alteração

periodontal, e o quanto poderia exercer influência em algum aspecto da vida das pessoas.

Johnson³⁶ (1989) observou que raça, sexo e idade estariam entre os fatores de risco mais freqüentemente relacionados à presença ou progressão da periodontite, sendo que o fator idade foi citado por Beck⁷ (1994) como um importante fator de risco, enquanto outros estudos^{13,33} também verificaram sua forte influência na prevalência e severidade da doença periodontal. Em indivíduos mais velhos, o problema assume dimensão maior, onde ocorre severa destruição de inserção, refletindo a história (ocorrência) de numerosos episódios de atividade de doença sofridos após longos anos⁵³. Avaliando as condições bucais de idosos brasileiros, Silva⁶⁸ (2000) pode observar uma alta prevalência da doença periodontal nesta população, variando entre 57% e 75%.

3- Índice GOHAI (Geriatric - General - Oral Health Assessment Index)⁴: O índice GOHAI foi originalmente desenvolvido para aplicação em uma população idosa, porém, atualmente, também tem sido utilizado para a população de jovens e adultos. Tem como característica básica determinar o impacto de problemas de função oral e doenças orais sobre a qualidade de vida das pessoas. É constituído de 12 itens referentes à limitação funcional, dor e desconforto, impacto psicológico e impacto comportamental.

Locker⁴⁵ (1997) ao aplicar o índice GOHAI encontrou, para 53% da amostra, problemas psicológicos em decorrência da saúde bucal ruim.

4- Índice OHIP-14 (Oral Health Impact Profile)⁷⁰: O OHIP-14 é composto por 14 itens, referentes a problemas de limitação funcional, dor física, desconforto

psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social.

Bortoli et al.¹⁰ (2003) realizaram um estudo para avaliar a autopercepção de saúde bucal em adultos, assim como sua relação com um indicador subjetivo de impactos das condições bucais na qualidade de vida (OHIP-14) e indicadores clínicos (CPO-D e CPI). Os autores evidenciaram que “60,5% não apresentaram impacto das condições bucais em sua qualidade de vida”.

O emprego dos índices de prevalência de cárie radicular, CPI, GOHAI e OHIP-14, em conjunto, permite avaliar parâmetros que são importantes marcadores de qualidade de vida das pessoas, contribuindo para inclusão destes parâmetros em programas de saúde. Trata-se de importante instrumento epidemiológico, que facilita e padroniza o levantamento em saúde bucal associada à qualidade de vida, evitando o procedimento da improvisação em pesquisa epidemiológica^{9, 25, 27, 28}.

A dificuldade em comparar os resultados de levantamentos epidemiológicos reside na falta de padronização no instrumento empregado, levando à necessidade de avaliação criteriosa desse instrumento. A esse respeito, estudo anterior²⁵ encontrou alta reprodutibilidade do índice CPI. Adicionalmente, em estudos de reprodutibilidade para diagnóstico de cárie radicular e para os índices GOHAI e OHIP-14, verificou-se a confiabilidade dos mesmos em levantamentos epidemiológicos^{23,62}.

Considerando que a identificação de necessidades e problemas e a determinação de prioridades são preliminares ao planejamento de um programa de saúde bucal, que poderá ser contínuo ou cíclico¹⁸, pretende-se colaborar para a

sua elaboração de forma a visar uma melhoria de saúde bucal aliada à qualidade de vida.

Estudo anterior*, com o objetivo de verificar a saúde bucal e a autopercepção de indivíduos atendidos na FOAr/UNESP, utilizou o GOHAI e o questionário proposto por Silva, Castellanos Fernandes⁶⁷ (2001), além de exame clínico. A maioria dos indivíduos afirmou nunca ter sofrido limitações devido a seus dentes, gengivas ou próteses, entretanto, o Índice GOHAI global foi de 27,77, característico de uma autopercepção ruim.

Neste contexto, este trabalho tem como propósito avaliar o quanto a condição oral atua sobre a qualidade de vida de pessoas da fase adulta e idosa, usando índices adequados e específicos: prevalência de cárie radicular, CPI, GOHAI e OHIP-14.

* Henriques C, Telarolli Junior R, Loffredo LCM, Montandon AAB, Campos JADB. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. (aceito para publicação na revista Ciência Odontológica Brasileira Disc 364/06, v.10, n.3)

2 REVISÃO DE LITERATURA

Qualidade de vida

Qualidade de vida relacionada à saúde e percepção subjetiva são conceitos afins, centrados na avaliação pessoal e ligados à capacidade do indivíduo viver plenamente em relação ao seu espaço social. O indivíduo constrói sua qualidade de vida e saúde a partir da relação consigo mesmo e com o ambiente¹⁴.

Quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, pois promover a saúde significa melhorar a qualidade de vida do indivíduo, ou seja, conferir ao mesmo a sensação de ausência de dor, bem-estar físico-psico-social e auto-estima positiva^{60,83}. Uma boa saúde bucal influencia algumas destas metas, pois elimina dores oro-faciais, melhora a mastigação, facilita a ingestão/digestão e comunicação (sorrir e falar), aumenta a auto-estima e diminui o número de doenças (Werner⁸³, 1998).

Segundo Locker⁴⁵ (1997), assim como os conceitos de saúde e qualidade de vida são abstratos e referem-se a eventos complexos e multidimensionais, o termo saúde bucal também é subjetivo e muitas vezes não bem definido; todos esses conceitos variam de acordo com o contexto social, cultural e político no qual são operacionalizados ou medidos.

Quando se fala em saúde bucal, o foco não deve ser reduzido à cavidade bucal, mas centrado no indivíduo no sentido amplo, relacionado à sua saúde, bem-estar e qualidade de vida, como observou MacEntee⁴⁷ (1996).

Steele et al.⁷⁶ (1996) realizaram um estudo com objetivo de verificar o comportamento e as atitudes relacionadas à saúde bucal de 1211 indivíduos dentados, com 60 anos ou mais de idade, em três áreas da Inglaterra. Para o estudo foram utilizadas entrevistas com questões relativas à frequência de tratamento dentário, preferências no tratamento e práticas de higiene bucal. Os resultados mostraram que 19% a 28% deles procuraram tratamento odontológico por dor ou sintoma de alguma doença bucal. A percepção que o indivíduo possuía de que não necessitava de tratamento dentário foi a principal razão para não freqüentar um consultório dentário (55 a 79% dos entrevistados), embora outras razões também fossem citadas, como o alto custo do tratamento e o medo.

A autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal destaca o caráter subjetivo e a relatividade do conceito de saúde, bem como o fato de que as experiências pessoais sobre a doença e a saúde são influenciadas pelo espaço social em que acontecem. Esta percepção se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais. A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia, onde estudam, trabalham, divertem-se e amam-se (Portilho, Paes⁵⁸, 2000).

A autopercepção da condição de saúde bucal permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição do indivíduo, apesar desse procedimento não substituir o exame clínico do paciente (Biazevic⁸, 2001).

Smith, Sheiham⁷⁵ (1980) realizaram um estudo para avaliar clinicamente as necessidades de tratamento dentário em idosos e comparar sua demanda por atendimento com a percepção de seus problemas bucais. Fizeram parte do estudo

254 indivíduos, com 65 anos ou mais de idade, residentes em Nottingham, Inglaterra. Utilizou-se uma entrevista seguida de exame clínico. Os resultados mostraram que 78% dos indivíduos necessitavam de tratamento dentário, principalmente protético. Os pacientes mencionaram algumas barreiras que dificultavam a realização do tratamento dentário, como o custo, o medo, a dificuldade de locomoção e a sensação de que estavam incomodando o dentista. Os autores concluíram que a grande necessidade de tratamento detectada, clinicamente e a baixa demanda pelos serviços indicavam que outros fatores, como os de saúde e os sociais, devem ser levados em consideração na avaliação da necessidade de tratamento.

O impacto da saúde bucal relacionado com o bem estar geral dos indivíduos e qualidade de vida começou a ser abordado na década de 90, com a introdução de diversos instrumentos. Estes indicadores podem ser unidimensionais, quando avaliam apenas uma variável, como a capacidade mastigatória ou a intensidade de dor, como, também, multidimensionais, onde vários aspectos poderão ser avaliados em conjunto. Os multidimensionais têm sido mais utilizados por serem amplos, englobando diversas dimensões como dor, restrições alimentares e estado psicológico dos indivíduos. Ainda que exista diferença no nível de complexidade entre esses indicadores, todos buscam abordar aspectos dos efeitos das condições bucais sobre o estado funcional, social e psicológico de cada indivíduo (Chianca et al.¹⁵, 1999).

Com o desenvolvimento dos indicadores qualitativos, tornou-se possível a realização de um diagnóstico mais apurado das condições de saúde bucal de uma

população, levando-se em conta a percepção do indivíduo (Miotto, Barcellos⁵⁰, 2001).

Os dados sobre autopercepção são subjetivos e para sua coleta, alguns autores padronizaram questionários para avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais.

Existem instrumentos elaborados para complementar os indicadores clínicos de saúde bucal e são de utilidade para obtenção de informações que possam ser utilizadas em programas educativos, preventivos e curativos⁸.

Após anos medindo apenas os sinais clínicos das doenças bucais, alguns pesquisadores começaram a trabalhar também com medidas subjetivas. Estas procuravam refletir a percepção do paciente sobre sua condição bucal incluindo desde uma auto-avaliação da quantidade de dentes presentes (Könönen et al.³⁹, 1986), grau de contentamento com sua aparência (Gordon et al.²⁸, 1988), até a avaliação de problemas funcionais como os nutricionais e os psicológicos causados pelas precárias condições bucais de indivíduos (Gilbert et al.²⁶, 1994; Kressin et al.⁴¹, 1997; Slade, Spencer⁷¹, 1994).

O estudo do impacto social das doenças bucais foi primeiramente proposto por Cushing et al.¹⁶ (1986). Segundo os autores, o acentuado e quase exclusivo uso de características clínicas na avaliação da saúde desconsiderava o impacto das doenças bucais no bem-estar dos indivíduos. Para eles, era necessário incluir dimensões de bem-estar, como ausência de dor, desconforto e função adequada, na perspectiva do próprio indivíduo. Propuseram avaliar o Impacto Social das Doenças Bucalis (The Social Impacts of Dental Disease – SIDD) através de um

instrumento baseado em quatro categorias de impacto no cotidiano: função, interação social, conforto e bem-estar e auto-imagem. A categoria funcional investiga restrições na alimentação, enquanto a interação social analisa restrições na comunicação. Dor e desconforto ocorridos nos últimos doze meses são os aspectos da categoria conforto e bem-estar. Na categoria auto-imagem, incluem-se os fatores de insatisfação com os dentes, próteses ou outros aspectos da aparência.

São exemplos de indicadores de saúde bucal, associados à qualidade de vida, citados em ordem cronológica: The Sickness Impact Profile (SIP) – Perfil dos Impactos das Doenças (Gilson et al.²⁷, 1975; Reisine⁵⁹, 1997); The Social Impacts of Dental Disease (SIDDD) – Impactos Sociais das Doenças Bucais, de Cushing et al.¹⁶ (1986); Index of Chewing Ability (ICA) – Índice de Capacidade Mastigatória de Leake⁴³ (1990); Geriatric - or General - Oral Health Assessment Index (GOHAI) – Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica ou Geral, de Atchison, Dolan⁴ (1990); Oral Health Impact Profile (OHIP) – Perfil de Impacto sobre a Saúde Bucal (Slade, Spencer⁷⁰, 1994); The Dental Impact on Daily Living (DIDL) – Impactos Odontológicos na Vida Diária, de Leão, Sheiham⁴⁴ (1995); Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL) – Medição da Saúde Bucal Relacionada à Qualidade de Vida, de Kressin⁴⁰ (1997); The Dental Impact Profile (DIP) – Perfil do Impacto Odontológico, de Strauss⁷⁷ (1997).

Recentemente, um questionário bastante simples de aplicação restrito à autoavaliação de saúde bucal e de problemas nos dentes, gengivas e próteses, foi proposto por Silva, Castellanos Fernandes⁶⁷ (2001). Segundo os autores, o

Brasil vive um contexto de abandono e dificuldades, que poderia ser minimizado se houvessem ações educativas voltadas para autoproteção, conscientizando a comunidade para a necessidade de cuidados com a saúde bucal. Um aspecto importante a ser considerado é o da autopercepção, onde as atitudes individuais poderão levar à mudança de comportamento de uma comunidade, de forma que indicadores desta autopercepção se constituam em importante ferramenta para a implantação de serviços odontológicos voltados para as necessidades percebidas pela população.

Prevalência de cáries radiculares

Com relação às cáries radiculares, tem sido relatada uma ocorrência maior em adultos e idosos^{29,49,81}. Em algumas localidades, como sul da Austrália e Suécia, a ocorrência deste tipo de lesão vem sendo considerada como um fator de risco para perdas dentais na faixa etária acima de sessenta anos^{24,73}.

A diferença de composição química e estrutural dos tecidos minerais do dente pode explicar o risco de desenvolvimento da cárie radicular se comparada à coronária^{20,38,51}. Isto porque o cemento e a dentina apresentam pH crítico de dissolução mais alto que o do esmalte e, conseqüentemente, um maior grau de solubilidade^{32,38,82}. A superfície radicular torna-se, então, mais vulnerável à perda de minerais, principalmente quando sua exposição é recente^{30,52}.

No Brasil, trabalhos descrevem elevado número de dentes extraídos^{22,67} mas poucos estudos relataram a condição radicular da população.

Segundo Kalk et al.³⁷ (1992), a porcentagem de idosos com uma ou mais superfícies radiculares cariadas ou restauradas foi relatada em vários estudos

variando de 45% a 87%, de acordo com a revisão de literatura realizada por esses autores. Segundo eles, um estudo feito na Holanda, em 1988, mostrou que 56% das pessoas de 55 a 64 anos e 62% das pessoas de 65 a 74 anos apresentaram alguma superfície radicular cariada ou restaurada.

Em Piracicaba – SP encontrou-se, em 2002, prevalência de cárie radicular de 3,2%, em indivíduos institucionalizados de 50 a 75 anos⁴⁹.

Meneghim et al.⁴⁹ (2002) elaboraram um estudo com o objetivo de verificar as lesões radiculares e as condições periodontais de uma amostra de população institucionalizada do município de Piracicaba – SP. Nesse estudo, foram examinados 151 indivíduos entre 54 e 93 anos. Compararam duas faixas etárias, de pacientes com idade entre 50 e 75 anos e pacientes com idade acima de 75 anos, constatando um aumento na prevalência de lesões de cárie e outras afecções radiculares, como erosão e abrasão, com o passar da idade. De acordo com esta publicação, o desenvolvimento da cárie em superfície radicular é semelhante ao da lesão coronária, tendo como fatores etiológicos: exposição da superfície radicular ao ambiente bucal (hospedeiro), controle mecânico de placa deficiente (microbiota específica) e dieta cariogênica (substrato), que, interagindo em função do tempo, implicam formação e progressão de cárie^{6,7,8}.

Rihs et al.⁶¹ (2005) alertaram que há uma ocorrência maior de cárie radicular nas últimas décadas, sendo este tipo de lesão mais comum em adultos e idosos. Em virtude disso, estudaram a prevalência de cáries radiculares em adultos e idosos da região Sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. Exames epidemiológicos foram realizados seguindo recomendações da OMS¹¹, sendo examinadas 1.475 pessoas dentadas, dos grupos etários de 35 a 44 e de 65 a

74 anos. A prevalência de cáries radiculares foi de 15,6% e 31,8%, respectivamente, para 35 a 44 e 65 a 74 anos. A média de raízes cariadas e/ou restauradas foi de 0,36 para os adultos, maior entre os homens ($p < 0,01$) e de 0,82 para os idosos, sem diferença no gênero. A média de raízes cariadas foi de 0,18 e 0,53, respectivamente, para adultos e idosos; em ambos os grupos os valores foram maiores entre os homens ($p < 0,01$).

Índice CPI

Uma condição freqüente em indivíduos em fase adulta é a doença periodontal, que pode aparecer na forma de retração gengival, gengivite ou periodontite. Alguns estudos^{37,54,55,60} mostram uma porcentagem elevada de pessoas necessitando de algum tipo de tratamento periodontal. Na Holanda, em 1988, de acordo com Kalk et al.³⁷ (1992), 87% dos indivíduos de 55 a 64 anos tiveram sangramento à sondagem, 52% bolsas periodontais maiores que 3mm e 84% apresentaram cálculo dentário.

Rosa et al.⁶⁴ (1993) relataram em um estudo com indivíduos de 60 anos e mais, uma média, por pessoa, de dois sextantes nulos (sem dentes) e um sadio, estando os três restantes com algum tipo de doença periodontal (em média: 0,3 com sangramento, 1,0 com bolsa superficial – 4 a 5 mm – e 0,8 com bolsa profunda, ou seja, de 6 mm ou mais).

Pereira et al.⁵⁴ (1996) examinaram 104 pacientes de um Centro de Saúde do município de São Paulo, em 1992 e encontraram, na faixa etária dos 60 aos 70 anos de idade, em média, 4,29 sextantes nulos.

Meneghim et al.⁴⁹ (2002) elaboraram um estudo com o objetivo de verificar as lesões radiculares e as condições periodontais de uma amostra de população institucionalizada do município de Piracicaba – SP. Nesse estudo, foram examinados 151 adultos com idade entre 54 e 93 anos. Os sextantes foram examinados e classificados do ponto de vista de saúde periodontal, necessidade de tratamento periodontal, presença de retração gengival e lesões radiculares, utilizando-se como critérios os indicadores da OMS¹¹. Os autores constataram um aumento na prevalência de sextantes eliminados da amostra, com menos de dois dentes presentes e indicação de extração, com o passar da idade.

Silva et al.⁶⁵ (2004) avaliaram uma amostra de 202 indivíduos, sendo 101 idosos (65 a 74 anos) e 101 adultos (35 a 44 anos). Com relação ao grau periodontal, verificou-se que dos 101 idosos, apenas 27% (n = 27) apresentavam pelo menos alguns dentes para avaliação deste índice e com relação aos adultos esta porcentagem foi de 92% (n = 92). A condição periodontal com maior prevalência foi periodonto hígido, em 70,4% dos idosos e 79,3% dos adultos, seguido de cálculo em que 25,9% dos idosos e 14,1% dos adultos possuíam estas condições. Em relação aos sextantes, os idosos apresentaram apenas 11,4% dos sextantes hígidos e os adultos, 74%.

Índice GOHAI

O índice GOHAI foi desenvolvido por Atchison, Dolan⁴. O GOHAI ou Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica foi proposto para permitir a avaliação ampla das condições de saúde bucal de pessoas idosas, tanto em estudos epidemiológicos quanto na prática clínica diária.

Para finalidade especificamente ligada a esse índice, a saúde bucal foi definida como sendo a ausência de dor e infecção, de tal forma a apresentar uma dentição confortável e funcional, compatível ao exercício do papel social¹⁸.

O índice GOHAI é composto por 12 questões fechadas, referentes a funções básicas, seja física ou psicológica. Estas questões procuram refletir os problemas sentidos pelos idosos em três dimensões, sendo considerados físicos, os que incluem mastigação, deglutição e fala (perguntas de 1 a 5), problemas psicológicos, os que incluem preocupação, consciência e auto-imagem da saúde bucal (perguntas 6, 7, 9, 10 e 11) e problemas de dor ou desconforto (perguntas 8 e 12).

O índice foi inicialmente testado numa amostra de 87 idosos, em um Centro de Saúde de Los Angeles, EUA, e, na versão definitiva, aplicado em 1775 idosos⁴. Foi analisado o aspecto de consistência interna das perguntas do questionário e os resultados foram considerados bons. Indivíduos brancos, com alto nível educacional e renda anual elevada, tiveram alto escore do GOHAI, indicando situação mais satisfatória quanto aos problemas bucais. Foi observado, inclusive, que aos participantes com níveis mais altos do índice GOHAI, correspondiam dados clínicos mais favoráveis, como terem de 21 a 32 dentes, não usarem prótese removível e sentirem que não era necessário tratamento dentário.

Atchison et al.⁵ (1993) conduziram um estudo com idosos não-desdentados, com alta escolaridade, para determinar a relação entre auto-percepção de saúde bucal de acordo com a avaliação feita pelo cirurgião-dentista e pelo paciente e para determinar a respectiva contribuição de medidas clínicas e subjetivas em

saúde bucal que levam à sua classificação tanto por parte do cirurgião-dentista, como do paciente. O estudo consistiu em exame clínico e entrevista telefônica com 776 indivíduos maiores de 65 anos de idade, em Los Angeles, EUA. A entrevista incluiu questões sobre saúde geral e bucal, avaliação da aparência dentária, condição bucal, uso de prótese removível, necessidade de tratamento dentário e aplicação do índice GOHAI. No exame clínico, dentistas devidamente treinados utilizaram vários índices clínicos para medir as principais doenças bucais, além de avaliar a aparência dentária das pessoas, levando em consideração fatores como o número de dentes com contato oclusal e problemas de fala. Os resultados mostraram que uma classificação positiva da saúde bucal esteve associada tanto com a auto-classificação de saúde bucal como com as medidas clínicas; uma melhor avaliação esteve associada com número maior de dentes naturais, poucas cáries e pontes móveis entre os dentes remanescentes; a avaliação mais satisfatória, por parte dos dentistas, esteve associada com alto escore de GOHAI; o índice GOHAI levou à auto-percepção favorável da condição de saúde bucal, sendo considerado um bom preditor no modelo de regressão múltipla que explicou as classificações atribuídas respectivamente ao profissional e ao paciente.

A adaptação desse índice para utilização no Brasil foi realizada por Silva, Castellanos⁶⁷ (2001), tendo sido traduzido para outros idiomas, como, por exemplo, o chinês⁸⁴ e o francês⁸⁰.

Silva et al.⁶⁶ (2005) avaliaram as condições de saúde bucal clinicamente (critérios da OMS¹¹) e através da autopercepção pelo índice GOHAI, onde as

questões eram categorizadas segundo a frequência em “sempre”, “às vezes” e “nunca”, correspondendo a pesos 1, 2 e 3, respectivamente; portanto, o índice poderia variar de 12 a 36. A amostra foi de 112 indivíduos com mais de 60 anos, residentes em Rio Claro – SP, Brasil, dividida em dois grupos (sem acesso a tratamento odontológico conveniado e com acesso a tratamento odontológico conveniado). O CPO-D foi de 29,13, maior no primeiro grupo ($p = 0,0091$). A média de dentes presentes foi de, aproximadamente, 8, maior no grupo com acesso a convênio odontológico ($p = 0,0131$). A média do índice GOHAI foi de 33,61 e houve diferença significativa apenas na dimensão física, com o maior valor no grupo com acesso a convênio ($p = 0,0154$).

Segundo Pinto⁵⁶ (2000), “os resultados alcançados com a aplicação do GOHAI são satisfatórios em outros tipos de populações, incluindo grupos de baixa renda e jovens”. Assim, Athinson³ (1997) propôs uma mudança de denominação da sigla original, intitulando-o General Oral Health Assessment Index (Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral).

Devido à relevância de se conhecer a autopercepção de saúde bucal houve interesse em aplicar o índice GOHAI a uma amostra de adultos e idosos da cidade de Araraquara- SP, Brasil, com o objetivo de se oferecer subsídios para o planejamento de atendimento odontológico em programas de saúde bucal.

Índice OHIP-14

Slade, Spencer⁷⁰ (1994) propuseram um índice – Oral Health Impact Profile (OHIP) – que, a partir da percepção das pessoas acerca de disfunções,

desconfortos e incapacidades relacionados a limitações na boca, dentes ou dentadura, avalie o impacto social de problema bucais na qualidade de vida.

Originalmente, este índice foi composto por 49 itens (OHIP-49) e foi utilizado em vários trabalhos^{73,74} e, mais tarde, foi simplificado para 14 itens – OHIP-14⁶⁹, com referência a problemas de pronúncia, sensação de paladar, dor na boca, dor para se alimentar, desconforto com a condição bucal, tensão nervosa, alimentação prejudicada, necessidade de interromper as refeições, dificuldade de relaxamento, vergonha, irritação com outras pessoas, dificuldade de fazer tarefas rotineiras, vida insatisfatória e incapacidade funcional para fazer atividades diárias.

O índice OHIP têm sido aplicados em diversos países^{1,73,74} e traduzidos para diversos idiomas, como, por exemplo, o húngaro, OHIP-H (Szentpétery et al.⁷⁸, 2006); o alemão, OHIP-G (John et al.³⁵, 2006); o escocês (Fernandes et al.²¹, 2006) e o português (Pires et al.⁵⁷, 2006; de Oliveira, Nadanovsky¹⁷, 2005; Jacobovitz et al.³⁴, 2003; Miotto, Barcellos⁵⁰, 2001; Robson et al.⁶³, 2003; Almeida et al.², 2004).

No Brasil, a literatura envolvendo autopercepção de saúde bucal é escassa. Pires et al.⁵⁷ (2006) fizeram a versão em português do OHIP-49, apontando para a verificação de sua consistência interna e reprodutibilidade. Adicionalmente, Almeida et al.² (2004) elaboraram a versão em português do OHIP-14.

Outra pesquisa¹⁷ procurou analisar as propriedades psicométricas do OHIP-14, na versão em português, aplicando o questionário a mulheres grávidas que

tiveram seus bebês numa maternidade pública do Rio de Janeiro e confirmando a consistência interna.

Biazevic et al.⁹ (2004) analisaram o impacto da condição bucal na qualidade de vida dos idosos de Joaçaba – SC. A partir de amostra sistemática por conglomerados de 183 idosos que participavam dos grupos da terceira idade, foi aplicado o OHIP para verificar o impacto da condição bucal na qualidade de vida, bem como foi realizado um levantamento epidemiológico, utilizando os critérios de diagnóstico da OMS¹¹, para verificar a condição bucal dos participantes (uso e necessidades de prótese). As associações entre OHIP-14 e *status* sócio-econômico (critério Abipeme - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado), grau de escolaridade e número de pessoas que moram no domicílio mostraram-se não-significativas para os dois últimos, sendo significativa para classificação sócio-econômica ($p=0,001$). O valor médio do índice OHIP-14 foi de 10,35. Adicionalmente, as médias do OHIP-14 entre não-usuários e usuários de prótese superior valeram 12,48 e 9,81, respectivamente, sendo esta diferença estatisticamente não-significativa ($p=0,399$). O OHIP médio para os que necessitavam de prótese superior foi de 13,00 e para os que não necessitavam foi de 8,88, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,014$). Os resultados foram semelhantes quando se considerou uso e necessidades de prótese inferior.

Dada a relevância de se conhecer o grau de impacto que a saúde bucal exerce na qualidade de vida dos indivíduos e, considerando a escassez de trabalhos em nosso meio, houve interesse em aplicar o OHIP-14 a uma amostra

de adultos e idosos, oferecendo subsídios para o planejamento de atendimento odontológico em programas de saúde bucal.

Associação entre variáveis de interesse em saúde bucal e qualidade de vida

Locker et al.⁴⁶ (2001) aplicaram os índices GOHAI e OHIP-14 a 225 indivíduos com média de 83 anos de idade. Obtiveram 8,4% de escores zero para o GOHAI e 30,3% de escores zero para o OHIP-14, embora o GOHAI identifique mais problemas de impactos funcionais e dolorosos que o OHIP-14.

Kressin et al.⁴² (2001) estabeleceram uma comparação entre qualidade de vida expressa pelos indicadores GOHAI e o OHIP-14 e o fator psicológico de afetividade negativa. O estudo foi feito com 177 indivíduos de uma pesquisa odontológica longitudinal e 514 indivíduos de uma pesquisa de saúde. Em ambos os grupos, houve uma significativa associação entre os valores mais elevados de afetividade negativa e os piores escores para GOHAI e o OHIP-14. Os autores concluíram que fatores psicológicos como personalidade são significativamente associados a indicadores de saúde bucal e qualidade de vida.

Henriques et al.³¹ (2003) conduziram um estudo por meio de exame clínico e aplicação de formulário do índice GOHAI em indivíduos com idade mínima de 60 anos, sob tratamento na FOAr/UNESP. Os exames clínicos foram realizados para determinar a prevalência de cárie e/ou restaurações radiculares na população investigada e para classificar as próteses. Foi observado que 38% dos indivíduos possuíam cárie radicular e 92% dos mesmos apresentavam próteses parciais removíveis e totais não funcionais. O formulário revelou que a maioria estava satisfeita com sua condição bucal e 44% reconheceram problemas. Além disso,

foram relatadas restrições alimentares, principalmente em relação a carnes (47%) e frutas (29%).

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo se propõe a avaliar parâmetros de saúde bucal que tenham influência sobre a qualidade de vida de adultos e idosos.

Objetivos específicos

- ✓ Estudar a autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara-SP.
- ✓ Verificar a reprodutibilidade intra-examinador do diagnóstico de cárie radicular, CPI, GOHAI e OHIP-14.
- ✓ Estimar as prevalências de cárie radicular e de doença periodontal.
- ✓ Obter dados de autopercepção segundo o Índice GOHAI: autopercepção da saúde bucal de adultos e idosos.

*Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de
Araraquara -SP*

Capítulo 1

Publicado no periódico da Revista Ciência Odontológica Brasileira

Henriques C, Telarolli Junior R, Loffredo LCM, Montandon AAB, Campos JADB. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. Ciência Odontológica Brasileira. v.10. n.3. 2007.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a saúde bucal e a autopercepção de 61 idosos atendidos na FOAr/UNESP, no ano de 2001. Para avaliação da autopercepção utilizou-se o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) e o questionário proposto por Silva & Castellanos Fernandes¹⁴ (2001) (S&CF). Um examinador realizou exame clínico e adotou-se (0) para ausência e (1) para presença de problemas periodontais ou cárie radicular e, quando da presença de próteses (0) para não funcionais e (1) para funcionais. Realizou-se análise descritiva das variáveis. Testou-se a reprodutibilidade da autopercepção pela estatística Kappa (κ). Os pacientes foram agrupados em autopercepção “ótima”, “regular” e “ruim” e a associação com doença periodontal, cárie radicular e uso de prótese foi realizada pelo teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher, com significância de 5%. A maioria dos idosos afirmou nunca ter sofrido limitações devido a seus dentes, gengivas ou próteses, entretanto, o Índice GOHAI global foi de 27,77, característico de uma autopercepção ruim. Observou-se que 56% dos idosos apresentaram doença periodontal, 38% cárie radicular e 92% dos idosos eram usuários de próteses não funcionais. Houve baixa concordância entre os diferentes métodos de avaliação ($\kappa = 0,087$) e associação não-significativa entre o índice GOHAI e doença periodontal ($\chi^2=0,856$; $p=0,5133$), cárie radicular

($\chi^2=0,002$; $p=0,9636$) e o uso de próteses (Exato de Fisher: $p=0,3286$). As condições de saúde bucal apresentaram-se insatisfatórias e a autopercepção mostrou-se ruim, com associação não-significativa com as variáveis clínicas doença periodontal, cárie radicular e uso de prótese.

Palavras-chave: Autopercepção, idoso, saúde bucal.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyse oral health condition and self perceived oral health among 61 elderly people under treatment in the Araraquara Dental School, in 2001. In order to evaluate the perceived oral health, it was used the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) and the Silva & Castellanos Fernandes¹⁴ (2001) questionnaire (S&CF). Clinical examination was done by one examiner that classified in absent (0) and presence (1) of periodontal disease or root caries and in functional (1) and non-functional (0) for prosthesis users. It was applied descriptive data analyses. It was estimated the reproducibility of selfperceived oral health by kappa statistics (κ). The patients were classified according "excellent", "regular" and "bad" self perceived oral health and the association between periodontal disease, root caries and prosthesis use was done by chi-square statistics (χ^2), or exact Fisher's test at 5% of significance level. The majority of the elderly patients had no limitations caused by their teeth, gingival or prosthesis, but the global GOHAI was 27.77, meaning that they had bad perceived oral health. Indeed, 56% of them had periodontal disease, 38% root caries, and

92% used non-functional prosthesis. It was observed weak agreement between the evaluation methods ($\kappa=0.087$) and the association was non significant between GOHAI index and periodontal disease ($\chi^2=0.856$; $p=0.5133$), root caries ($\chi^2=0.002$; $p=0.9636$) and the use of prosthesis (Fisher's exact test: $p=0.3286$). Bad oral health conditions and perceived oral health were observed among these patients, with non-significant association in relationship to clinical parameters such as periodontal disease, root caries and prosthesis users.

Key-words: Self concept, aged, oral health.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros vem ocorrendo de forma crescente e caracteriza-se por um processo de transição demográfica importante (Stenberg & Gordon¹⁵, 1998; Veras¹⁶, 2003; Silva et al.¹³, 2005). Esse envelhecimento da população tem despertado interesse para as peculiaridades dessa faixa etária, atentando para suas necessidades nos aspectos de saúde, sociais e econômicos.

No campo da saúde, este processo alterou padrões de morbi/mortalidade, com elevação de doenças crônico-degenerativas, levando a uma transição epidemiológica (Berquó & Leite³, 1988).

Em relação às condições de saúde bucal, dados apresentados pelo Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000 (Ministério da Saúde⁴, 2004) apontam sua deterioração com o transcorrer da idade em todos os aspectos considerados.

Segundo Silva & Castellanos Fernandes¹⁴ (2001), o Brasil vive um contexto de abandono e dificuldades, que poderia ser minimizado se houvessem ações educativas voltadas para autoproteção, conscientizando a comunidade para a necessidade de cuidados com a saúde bucal. Um aspecto importante a ser considerado é o da autopercepção, onde as atitudes individuais poderão levar à mudança de comportamento de uma comunidade, de forma que indicadores desta autopercepção se constituam em importante ferramenta para a implantação de serviços odontológicos voltados para esta camada populacional.

Os dados sobre autopercepção são subjetivos e para sua coleta, alguns autores padronizaram questionários para avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais. Dentre estes, destaca-se o empregado para obtenção do índice GOHAI - *Geriatric Oral Health Assessment Index* desenvolvido por Atchinson & Dolan¹ (1990). Outro questionário bastante simples de aplicação se restringe a autoavaliação de saúde bucal e de problemas nos dentes, gengivas e próteses, proposto por Silva & Castellanos Fernandes¹⁴ (2001) – S&CF.

A exemplo dos dois questionários citados acima, existem outros instrumentos elaborados para complementar os indicadores clínicos de saúde bucal e são de utilidade para obtenção de informações que possam ser utilizadas em programas educativos, preventivos e curativos.¹⁰

Dada a relevância de se conhecer o estado de saúde bucal de idosos que demandaram atendimento junto à Clínica da FOAr/UNESP, bem como sua autopercepção, procedeu-se a este estudo, com o objetivo de fornecer subsídios

para o atendimento odontológico de idosos, aplicando-se o índice GOHAI, o modelo de S&CF e exame clínico.

MATERIAL E MÉTODO

O delineamento metodológico foi de um estudo de corte transversal. A amostra foi constituída por 61 pacientes, que demandaram atendimento junto à Clínica de Prótese Parcial Removível da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, no ano de 2001, tendo sido adotada a técnica de amostragem por conveniência.

Como critério de inclusão adotou-se idade mínima de 60 anos, com pelo menos dois dentes presentes por hemiarco da cavidade bucal e funcionalmente capazes, de acordo com os critérios de Rosa et al.¹² (2003), onde estão incluídos aqueles indivíduos que podem apresentar doenças crônicas não graves e controladas por medicação ou que apresentam declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

Para avaliação da autopercepção dos idosos em relação à saúde bucal utilizou-se como instrumento de medida os questionários GOHAI (Quadro 1) e S&CF (Quadro 2).

Analisando o Quadro 1, podem ser observados os doze itens que compõem o índice GOHAI, se constituindo em informações a respeito das influências dos problemas de saúde bucal em três dimensões, física, psicológica e dor ou desconforto. O nível de mensuração destes itens é categórico de forma que às respostas “sempre”, “às vezes” e “nunca” foram atribuídos pesos 1, 2 e 3

respectivamente. Os itens de números 3, 5 e 7 são computados inversamente aos demais. Para obtenção do índice global realiza-se a soma simples dos escores, numa escala de 12 a 36, sendo que o maior valor indica a mais favorável auto-informação a respeito da saúde bucal (Pinto¹⁰, 2000). De acordo com a Sociedade Americana de Geriatria (Reuben & Solomon¹¹, 1989), nas questões diretas, quanto mais prevalente a categoria “sempre” piores serão as condições de saúde bucal e o contrário para as questões inversas.

O índice GOHAI permite classificar a autopercepção em “ótima” (34 a 36 pontos), “regular” (30 até 33 pontos) e “ruim” (< 30 pontos) adaptando-se o critério de Atchison & Dolan¹ (1990) para escala simplificada.

Previamente ao levantamento, realizou-se um plano piloto onde foram entrevistados 10 pacientes por um único examinador, com experiência em aplicação dos questionários, tendo sido obtida concordância intra-examinador de 100% nas respostas. Assim, esse examinador, com experiência em entrevistas, realizou exame clínico em uma cadeira odontológica sob luz de refletor, após profilaxia dental com o auxílio de sonda exploradora número 5, espelho bucal plano e sonda periodontal desenvolvida pela OMS (Organização Mundial de Saúde).

Os dados do exame clínico foram anotados em ficha pré-codificada, adotando-se (0) para ausência e (1) para presença de problemas periodontais ou cárie radicular e, quando da presença de próteses adotou-se (0) para não funcionais e (1) para funcionais. Considerou-se como próteses funcionais as que preenchessem os requisitos clínicos de estabilidade, adaptação, retenção e

integridade; caso pelo menos um desses requisitos estivesse comprometido, as próteses foram consideradas como não funcionais.

O planejamento estatístico compreendeu as fases:

- Inicialmente, estimou-se a reprodutibilidade da autopercepção dos idosos segundo os questionários referentes ao GOHAI e S&CF aplicando-se a estatística Kappa (κ), e sua classificação segundo os padrões de Landis & Koch⁷ (1977).
- As variáveis de estudo referentes a autopercepção da saúde bucal e a problemas de saúde bucal, tais como doença periodontal, cárie radicular e utilização de próteses foram estudadas mediante análise descritiva dos dados obtidos utilizando o “software” Excel.
- Os pacientes foram agrupados segundo o índice GOHAI em autopercepção “ótima”, “regular” e “ruim” e sua associação com o diagnóstico clínico de doença periodontal, cárie radicular e uso de próteses funcionais foi estudada por meio do teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher, ao nível de significância de 5%.
Deve-se ressaltar que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOAr/UNESP sob o protocolo n° 46/00.

RESULTADOS

As frequências relativas (%) dos componentes do GOHAI podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de frequência (%) das respostas dadas pelos idosos segundo cada questão componente do índice GOHAI. Araraquara, 2001.

Componentes – Índice GOHAI Nos últimos três meses...	%		
	Sempre	às vezes	Nunca
1 – Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?	13,1	21,3	65,6
2 – Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	19,7	27,9	52,5
*3 – Foi capaz de engolir confortavelmente?	4,9	19,7	75,4
4 – Seus dentes ou prótese(s) o impediram de falar da maneira como queriam?	8,2	29,5	62,3
*5 – Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	57,4	32,8	9,8
6 – Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?	0,0	8,2	91,8
*7 – Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?	50,8	27,9	21,3
8 – Usou medicamentos para avaliar dor ou desconforto relativos à boca?	0,0	4,9	95,1
9 – Preocupou-se ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses?	34,4	8,2	57,4
10 – Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	34,4	8,2	57,4
11 – Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problema com seus dentes ou próteses?	34,4	8,2	57,4
12 – Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	1,6	26,2	72,1

*perguntas indiretas

Chama a atenção, na Tabela 1, que a maioria dos idosos afirmou nunca ter sofrido limitações (físicas, psicológicas, dor ou desconforto) devido a seus dentes ou próteses. Ainda, 78,7% relataram estarem felizes com o aspecto de seus dentes ou prótese. Entretanto, 75,4% sentiram desconforto ao engolir o alimento.

O Índice GOHAI global calculado para estes idosos foi de 27,77, com desvio-padrão de 3,74. Ainda que a estimativa por ponto do índice (27,77) denote um nível ruim de auto-percepção, a estimativa por intervalo de confiança (20,44 - 35,10) faz com que autopercepção atinja nível regular.

Quando os idosos foram questionados sobre sua percepção da presença de problemas na gengiva, dentes ou próteses, observou-se, segundo o questionário S&CF, que 56% afirmaram não apresentar estes problemas, enquanto 8% não souberam avaliar e 36% reconheceram ter esses problemas; adicionalmente, 42,6% mostraram-se preocupados com este aspecto abordado no item 9 do índice GOHAI.

Além disso, no questionário S&CF, a maioria dos entrevistados estava satisfeita com sua condição de saúde bucal. Entretanto, 44% das pessoas reconheceram problemas com sua saúde bucal ou não conseguiram dimensioná-los.

A condição de saúde bucal foi aferida no exame clínico e os resultados constam do Gráfico 2.

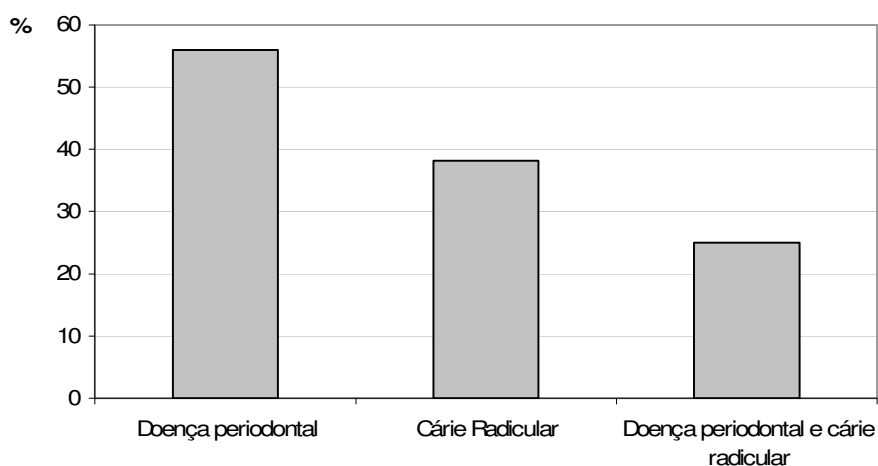


Gráfico 2. Distribuição de idosos segundo a presença de doença periodontal e/ou cárie dental. Araraquara, 2001.

Observa-se que 56% dos idosos apresentaram doença periodontal e 38% cárie radicular, sendo que 25% dos idosos apresentaram doença periodontal e cárie radicular.

Convém acrescentar que, entre os idosos, 92% eram usuários de próteses não-funcionais.

A concordância da classificação da autopercepção nas categorias ruim, regular e ótima foi analisada segundo as escalas adotadas, GOHAI e S&CF.

Tabela 2. Concordância na classificação da autopercepção dos idosos: GOHAI e S&CF. Araraquara, 2001

Índice GOHAI	S&CF Como você avalia a condição de sua boca?			Total
	Ruim	Regular	Ótima	
Ruim	12	10	15	37
Regular	-	5	16	21
Ótima	-	-	-	-
Total	12	15	31	58*

*Nota: Foram excluídos 3 indivíduos por não saberem classificar sua saúde bucal na questão 1 do questionário S&CF.

Pela observação da Tabela 2 pode-se notar que houve baixa concordância entre os diferentes métodos de avaliação da autopercepção ($\kappa = 0,087$), refletindo reprodutibilidade fraca.

A associação entre o índice GOHAI e a doença periodontal aferida pelo exame clínico foi avaliada (Tabela 3).

Tabela 3. Índice GOHAI e doença periodontal segundo exame clínico. Araraquara, 2001.

Índice GOHAI	Doença periodontal		Total
	Presente	Ausente	
Ruim	24	16	40
Regular	10	11	21
Total	34	27	61

Verificou-se associação não-significativa ($\chi^2=0,856$; $p=0,5133$).

Para o estudo da associação entre o índice GOHAI e cárie radicular avaliada no exame clínico, os resultados constam na Tabela 4.

Tabela 4. Índice GOHAI e cárie radicular segundo exame clínico. Araraquara, 2001

Índice GOHAI	Cárie radicular		Total
	Presente	Ausente	
Ruim	15	25	40
Regular	8	13	21
Total	23	38	61

Para o estudo da associação entre o índice GOHAI e cárie radicular, verificou-se associação não-significativa ($\chi^2=0,002$; $p=0,9636$).

Na Tabela 5 encontram-se os dados do estudo de associação entre o índice GOHAI e o uso de próteses avaliadas por exame clínico.

Tabela 5. Índice GOHAI segundo uso de próteses funcionais ou não-funcionais segundo exame clínico. Araraquara, 2001

Índice GOHAI	Prótese funcional		Total
	Não	Sim	
Ruim	38	2	40
Regular	18	3	21
Total	56	5	61

Pode-se notar que, a associação entre o índice GOHAI e a funcionalidade da prótese foi não-significativa (teste Exato de Fisher: $p=0,3286$) (Tabela 5).

Frente ao exposto, pode-se afirmar que houve associação não-significativa entre a autopercepção dos idosos e a condição de saúde bucal dos mesmos segundo avaliação clínica.

DISCUSSÃO

Este estudo teve planejamento metodológico do tipo transversal, sendo adotado o processo de amostragem por conveniência, delineamento comum a estudos desta natureza, como ressaltado por Colussi & Freitas⁵ (2002) e Moreira et al.⁹ (2005). Assim, os idosos que demandaram atendimento junto à Clínica de Prótese Parcial Removível da Faculdade de Odontologia de Araraquara no ano de 2001 foram selecionados para compor a amostra, o que poderia representar viés de seleção, podendo se constituir numa limitação do estudo quanto à validade externa.

Por outro lado, o tema é de suma importância por envolver uma população de idosos, faixa etária que, devido à atual transição demográfica e epidemiológica é geralmente excluída das políticas públicas de saúde bucal no Brasil.

Os idosos apresentaram um valor em relação ao GOHAI característico de uma percepção negativa das condições de saúde bucal, estando este valor abaixo do encontrado por Silva & Castellanos Fernandes¹⁴ (2001) em outra população da cidade de Araraquara – SP. Em outro estudo, Silva et al.¹³ (2005) encontraram uma média de 33,61 para o índice GOHAI para idosos moradores da cidade de Rio Claro – SP, porém nesta amostra estiveram incluídos tanto indivíduos dentados quanto desdentados, portanto, com delineamento metodológico distinto do estudo atual.

O diagnóstico das condições clínicas mostrou associação não-significativa com a autopercepção (Tabelas 3 a 5), o que pode também ser observado por Mathias et al.⁸ (1995), Jokovic & Locker⁶ (1997), Silva & Castellanos Fernandes¹⁴ (2001) e Silva et al.¹³ (2005), os quais verificaram que a maioria das pessoas vê sua condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições clínicas não satisfatórias, provavelmente porque as medidas clínicas de saúde utilizadas pelo profissional são preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas.

O presente estudo vai de encontro com o verificado por Atchinson & Dolan¹ (1990), realizado nos Estados Unidos, que relataram associação significativa entre a condição de saúde bucal aferida clinicamente e o índice de GOHAI, sugerindo que a saúde bucal pode ser satisfatoriamente medida pelo próprio paciente.

O fato dos idosos não terem um julgamento apropriado do estado de sua saúde bucal traz preocupação, pois a autopercepção, como um indicador subjetivo, é um instrumento de avaliação que deve ser considerado, corroborando para a afirmação de Silva & Castellanos Fernandes¹⁴ (2001), onde a compreensão do paciente acerca de sua saúde é o primeiro passo na elaboração de um programa que inclua ações educativas, voltadas para o autodiagnóstico e autocuidado, além de ações preventivas e curativas. Por outro lado, o não-conhecimento da existência de problema de saúde bucal se constitui em barreira ao acesso ao serviço odontológico.

CONCLUSÃO

Na população estudada, condições de saúde bucal apresentaram-se insatisfatórias, o que pode ser evidenciado pelos dados clínicos, com alta prevalência de doença periodontal e próteses não-funcionais. A autopercepção em relação à saúde bucal mostrou-se ruim, com associação não-significativa com as variáveis clínicas referentes à doença periodontal, cárie radicular e uso de próteses não-funcionais.

REFERÊNCIAS

1. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. J Dent Education 1990; 54(11): 680-6.
2. Atchison KA. The general oral health assessment index. In: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. North Carolina: University of North Carolina, School of Dentistry; 1997. p.71-80.

3. Berquó ES, Leite VM. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. *Ciênc Cult* 1988; 40(7): 679-88.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002 set./out.; 18(5): 1313-20.
6. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent* 1997; 57: 40-7.
7. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
8. Mathias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schewitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995; 55: 197-204.
9. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005 nov./dez.; 21(6): 1665-75.
10. Pinto VG. Identificação de problemas. In: _____. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000. p.139-222.
11. Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics: of caveats and names. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 570-2.
12. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-8.
13. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública* 2005 jul./ago.; 21(4): 1251-9.

14. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saúde Pública 2001 ago.; 35(4): 349-55.
15. Stenberg AS, Gordon M. Who are older adults? Demographics and major health problems. Periodontol 2000 1998 Feb.; 16: 9-15.
16. 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 2003 mai./jun.; 19(3): 705-15.

Quadro 1 – Perguntas que compõem o índice de determinação da saúde bucal geriátrica (GOHAI), para indivíduos com dentes e edêntulos.

Pergunta:

“Nos últimos três meses você...”

- 1 – Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?
- 2 – Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?
- *3 – Foi capaz de engolir confortavelmente?
- 4 – Seus dentes ou prótese(s) o impediram de falar da maneira como queriam?
- *5 – Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?
- 6 – Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?
- *7 – Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?
- 8 – Usou medicamentos para avaliar dor ou desconforto relativos à boca?
- 9 – Preocupou-se ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses?
- 10 – Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?
- 11 – Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problema com seus dentes ou próteses?
- 12 – Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?

*Contagem inversa em relação à nota máxima que é 3.

Fonte: Atchison², 1997.

Quadro 2 – Questões aplicadas para verificar a autopercepção da condição de saúde bucal. Araraquara, 2001.

1 - Como você avalia a condição de sua boca?

(0) ruim (1) regular (2) ótima (8) não sei

2 – Você tem algum problema com seus dentes, gengiva ou próteses?

(0) Não (1) Sim (8) Não sei

Reprodutibilidade de indicadores de saúde bucal e qualidade de vida.

Capítulo 2

Publicado nos Anais da Revista Brazilian Oral Research

Henriques C, Loffredo LCM, Campos JADB. Reprodutibilidade de indicadores de saúde bucal e qualidade de vida. Braz Oral Res. 2006; 20: 302.

Tem sido prioridade em odontologia a utilização de recursos clínicos para diagnosticar as condições de saúde bucal, no entanto, estes são limitados para informação do impacto destas condições na qualidade de vida dos indivíduos. Este estudo se constituiu em prova-piloto para avaliar a reprodutibilidade dos indicadores de saúde bucal (cárie radicular e CPI) e de qualidade de vida (GOHAI e OHIP-14). Assim, foram avaliados por examinador único, 10 pacientes de uma clínica da FOAr-UNESP, em dois momentos distintos com intervalo de uma semana. Para análise de reprodutibilidade intra-examinador foi aplicada a estatística Kappa (κ). Os resultados revelaram ótima reprodutibilidade para prevalência de cárie radicular ($\kappa = 1$) e para o índice CPI ($\kappa = 1$). Para o índice GOHAI observou-se ótima reprodutibilidade ($0,81 < \kappa < 1$) para as questões referentes à interferência da saúde bucal em suas vidas, dificuldade de mastigação, sensibilidade nos dentes e uso de medicação para alívio da dor, enquanto foi regular ($0,41 < \kappa < 0,61$) para dificuldade de falar e alteração comportamental. OHIP-14 apresentou ótima reprodutibilidade ($0,81 < \kappa < 1$) para as questões referentes a sentirem-se tensos ou nervosos pela condição bucal, ter dificuldade em relaxar e sentir a vida insatisfatória, sendo fraca ($0 < \kappa < 0,21$) para necessidade de interromper as refeições e sentir-se embaraçados devido à condição bucal.

Pode-se concluir que a maioria das questões propostas por estes indicadores apresenta alta reprodutibilidade sendo estes instrumentos importantes na avaliação da condição de saúde bucal e qualidade de vida.

Prevalência de cárie radicular e de doença periodontal em adultos e idosos. Araraquara –SP, 2006.

Capítulo 3

Publicado no periódico da Revista UNINGÁ

Henriques C, Loffredo LCM, Borelli LA. Prevalência de cárie radicular e de doença periodontal em adultos e idosos. Araraquara-SP, 2006. Revista UNINGÁ.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar as condições de saúde bucal em indivíduos com 50 anos ou mais que demandaram atendimento junto à Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara- UNESP e junto ao Centro Regional de Reabilitação de Saúde, localizados em Araraquara-SP, no ano de 2006. Participaram do estudo 149 pessoas, que foram examinadas por uma cirurgiã-dentista, previamente treinada, para determinar a prevalência das principais doenças bucais. Para o planejamento estatístico foram calculadas taxas de prevalência por ponto e por intervalo de 95% de confiança (IC_{95%}). Observou-se que aproximadamente 61% (IC_{95%}: 53% – 69%) dos indivíduos apresentaram lesão de cárie radicular e cerca de 69% (IC_{95%}: 62% – 76%) doença periodontal. Adicionalmente, considerando-se os sextantes, o sextante definido pelos números dos dentes 33-43, obteve maior prevalência de doença periodontal (60,3%) e 22% dos pacientes apresentaram o sextante definido pelos números dos dentes 13-23 desdentado. Os resultados mostraram condições de saúde bucal que podem comprometer a qualidade de vida de grande parte dos indivíduos examinados.

Palavras-chave: Saúde bucal. Cárie radicular. Doença periodontal. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the conditions of oral health of patients aged 50 years and over under treatment in the Araraquara Dental School and in the Regional Center of Health, located in Araraquara- SP, in 2006. A total of 149 people had participated of the study, who had been examined by a dentist, previously calibrated, to determine the prevalence of the main oral diseases. For the statistical planning prevalence rates by point and by 95% confidence interval had been calculated (CI_{95%}). It was observed that approximately 61% (CI_{95%}: 53% – 69%) of the individuals had presented lesion of root caries and about 69% (CI_{95%}: 62% – 76%) periodontal disease. Additionally, considering the sextants, the sextant defined for the numbers of teeth 33-43, presented the highest prevalence of periodontal disease (60.3%) and 22% of the patients had the sextant defined for the numbers of teeth 13-23 toothless. The results showed conditions of oral health that can compromise the quality of life of a large proportion of these individuals.

Key-words: Oral health. Root caries. Periodontal disease. Quality of life.

INTRODUÇÃO

Em relação às condições de saúde bucal, dados apresentados pelo Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) apontam sua deterioração com o transcorrer da idade.

De acordo com os dados disponíveis na literatura (GUIVANTE-NABET, 1998; THYLSTRUP e FEJERSKOV, 2001), a cárie é um dos principais problemas bucais. Na população adulta e idosa, alguns fatores como a redução do fluxo salivar pelo uso de medicamentos, a dificuldade de higienização por problemas psicomotores e a alteração da dieta, potencializam a ação da doença nessa população (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002).

Segundo uma revisão de literatura realizada por Kalk et al. (1992), a porcentagem de idosos com uma ou mais superfícies radiculares cariadas ou restauradas varia de 45% a 87%. Os autores desta revisão citaram um estudo feito na Holanda, em 1988, onde 56% das pessoas de 55 a 64 anos de idade e 62% das pessoas de 65 a 74 anos apresentaram alguma superfície radicular cariada ou restaurada.

Com relação à doença periodontal, o uso do Índice Periodontal Comunitário (CPI), proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), permite avaliar parâmetros clínicos e epidemiológicos, abordando condições de sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais, dividindo a cavidade bucal em sextantes, cada qual com seus dentes índices.

Johnson (1989) observou que raça, sexo e idade estariam entre os fatores de risco mais freqüentemente relacionados à presença ou progressão da periodontite, sendo que o fator idade foi citado por Beck (1994) como um importante fator de risco, enquanto outros estudos (CAMPOS et al., 1992; HORNING et al., 1992) também verificaram sua forte influência na prevalência e severidade da doença periodontal. Em indivíduos mais velhos, o problema assume dimensão maior, onde ocorre severa destruição de inserção, refletindo a história

de numerosos episódios de atividade de doença sofridos após longos anos (PAPANOU, 1989).

Avaliando as condições bucais de idosos brasileiros, Silva (2000) pôde observar uma alta prevalência da doença periodontal nesta população, variando entre 57% e 75%.

Assim, julgou-se de interesse estudar a prevalência de cárie radicular e de doença periodontal entre adultos e idosos da cidade de Araraquara- SP, a fim de se oferecer subsídios para o planejamento de atendimento odontológico em programas de saúde bucal.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo de corte transversal, realizado por meio de exame clínico a pacientes maiores de 50 anos, que demandaram atendimento junto à Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara- UNESP e junto ao Centro Regional de Reabilitação de Saúde, localizados em Araraquara- SP.

O levantamento foi realizado num período de 6 meses, em 2006.

Os códigos utilizados para a verificação de cárie radicular seguiram as recomendações da OMS. Para a verificação da prevalência de cárie radicular, foi utilizado o percentual de pessoas que apresentaram este tipo de lesão.

A presença de lesões radiculares foi verificada através da utilização de espelho bucal plano e sonda exploradora nº 5 após limpeza e secagem da superfície dental com gaze estéril. A diferenciação entre lesão ativa e inativa de cárie foi feita pela constatação da presença ou ausência de manchas esbranquiçadas e/ou tecido amolecido.

Quando a lesão se iniciasse na coroa estendendo-se abaixo da junção amelocementária foi diagnosticada como cárie radicular.

Para a avaliação periodontal, foi utilizado o índice CPI proposto pela OMS, com os seguintes códigos para os sextantes:

X- sextante excluído;

0- sextante hígido;

1- sextante com presença de sangramento em pelo menos um dos dentes;

2- presença de cálculo supra ou subgingival;

3- bolsa periodontal de 4 a 5 mm;

4- bolsa periodontal com 6 mm ou mais profunda.

Utilizou-se, para o exame, uma sonda periodontal que apresenta em sua ponta uma esfera de 0,5 mm de diâmetro e apresenta uma área demarcada em preto, situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta da esfera.

Para a análise do CPI, a boca foi subdividida em sextantes definidos pelos números dos dentes 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48. Um sextante só foi examinado se existissem dois ou mais dentes presentes e não indicados para extração. Os dentes índices foram: 17-16, 11, 26-27, 37-36, 31, 46-47. Em caso de ausência desses dentes, foram utilizados os outros dentes do sextante. O sextante foi classificado baseando-se na pior situação encontrada. Cada dente teve seis pontos de sondagem: méso-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular, méso-lingual, médio-lingual e disto-lingual.

Anteriormente à realização do exame clínico mencionado, foi realizada prova-piloto para 10 pacientes, que não participaram da amostra final. Essa prova-piloto permitiu treinamento à entrevistadora, ao aplicar o exame clínico duas

vezes, em intervalo de 7 dias, houve 100% de concordância intra-examinador no diagnóstico clínico.

Deve-se ressaltar que o atual projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP sob o protocolo nº 51/04.

Para o planejamento estatístico foram calculadas taxas de prevalência por ponto e por intervalo de 95% de confiança (IC_{95%}).

RESULTADOS

Os resultados referem-se a 149 examinados, a maioria foi do sexo feminino (68,5%).

A idade variou de 50 a 84 anos, sendo a média de 63 anos e a mediana de 62 anos. A renda média foi de 3 salários mínimos vigentes (R\$ 350,00 em 2006).

Quanto à escolaridade, chamou a atenção o fato de que 5,4% dos pacientes eram analfabetos. A baixa escolaridade foi predominante, correspondendo a 68,5% da amostra estudada.

A presença de cárie radicular foi observada em 91 indivíduos, resultando numa prevalência de 61,1% (IC_{95%} : 53% – 69%).

A doença periodontal foi diagnosticada em 103 pacientes, resultando em prevalência de 69%, aproximadamente (IC_{95%} : 62% – 76%).

Considerando-se os sextantes, observou-se, na Tabela1, que o sextante S5, definido pelos números dos dentes 33-43, obteve maior prevalência de doença periodontal (60,3%).

Tabela 1 - Presença de doença periodontal segundo sextantes. Araraquara-SP, 2006

Sextante	% doença periodontal
S1	30,9
S2	26,8
S3	28,1
S4	29,6
S5	60,3
S6	29,5

Quanto à observação a respeito da distribuição de sextantes excluídos, o Gráfico 1 ilustra os achados.

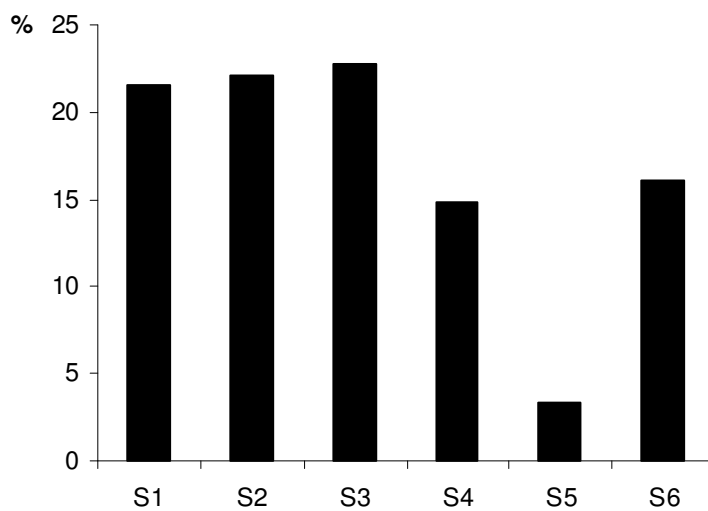


Gráfico 1 - Presença de sextantes excluídos no exame clínico. Araraquara-SP, 2006.

Assim os sextantes S1, S2 e S3, definidos pelos números dos dentes 18-14, 13-23 e 24-28, respectivamente, apresentaram maior quantidade de dentes ausentes.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo são representativos dos indivíduos examinados e não podem ser generalizados para toda a população acima de 50 anos do município, pois os locais pesquisados atendem basicamente pessoas com baixa renda ou escolaridade.

Observa-se que a condição clínica, de maneira geral, foi precária, segundo os indicadores de prevalência de cárie radicular e de doença periodontal utilizados. Porém, a condição clínica não é muito diferente da situação encontrada em outros estudos realizados no Brasil (SILVA e VALSECKI JÚNIOR, 2000; ROSA et al., 1993; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988; WATANABE, 1994; PEREIRA et al., 1996) e em outros países (BERGMAN et al., 1991; FUKUDA et al., 1997).

Com relação às cáries radiculares, tem sido relatada uma ocorrência maior em adultos e idosos (GUIVANTE-NABET et al., 1998; MENEGHIM et al., 2002; VEHKALAHTI et al., 1997). Em algumas localidades, como sul da Austrália e Suécia, a ocorrência deste tipo de lesão vem sendo considerada como um fator de risco para perdas dentais na faixa etária acima de sessenta anos (FURE, 1998; SLADE e SPENCER, 1997).

A superfície radicular é vulnerável à perda de minerais, principalmente quando sua exposição é recente, porque o cemento e a dentina apresentam pH crítico de dissolução mais alto que o do esmalte e, conseqüentemente, um maior

grau de solubilidade (FEATHERSONE, 1994; HOPPENBROUWERS et al., 1986; KELTJENS et al., 1993; WEFEL, 1994).

Rihs et al. (2005) alertaram que há uma ocorrência maior de cárie radicular nas últimas décadas, sendo este tipo de lesão mais comum em adultos e idosos. Em virtude disso, estudaram a prevalência de cáries radiculares em idosos da região Sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. Exames epidemiológicos foram realizados seguindo recomendações da OMS, sendo examinadas 135 pessoas dentadas de 65 a 74 anos, resultando prevalência de 31,8% (IC_{95%} : 23,9% – 39,7%), aquém da obtida no atual estudo.

Meneghim et al. (2002), em Piracicaba – SP verificaram prevalência de cárie radicular de 3,2% em indivíduos institucionalizados de 50 a 75 anos. Compararam duas faixas etárias, de pacientes com idade entre 50 e 75 anos e pacientes com idade acima de 75 anos, constatando um aumento na prevalência de lesões de cárie e outras afecções radiculares, como erosão e abrasão, com o passar da idade.

Quanto à doença periodontal, alguns estudos (KALK et al., 1992; PEREIRA et al. 1996; PINTO, 1997; REUBEN e SOLOMON, 1989) mostram uma porcentagem elevada de pessoas necessitando de algum tipo de tratamento periodontal. No presente estudo, a doença periodontal, manifestada em todas as suas formas, está em concordância com achados de Silva (2000), com prevalência da doença periodontal variando entre 57% e 75% e com os de Silva et al. (2004) que obtiveram 50% de prevalência desta doença em idosos examinados.

CONCLUSÃO

A população de Araraquara-SP, maior do que 50 anos, atendida em serviços de saúde odontológica e geral apresenta condições de saúde bucal insatisfatórias, com alta prevalência de lesão de cárie radicular e de doença periodontal.

REFERÊNCIAS

BECK, J. D. Methods of assessing risk for periodontitis and development multifactorial models. *Journal of Periodontology*, Chicago, v. 65, n.5 (suppl), p. 468-478, May 1994.

BERGMAN, J. D.; WRIGHT, F. A. C.; HAMMOND, R. H. The oral health of elderly in Melbourne. *Australian Dental Journal*, Sydney, v.36, n. 4, p. 280-285, Aug. 1991.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal - Brasil, zona urbana, 1986.** Brasília: O Ministério, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003:** condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: O Ministério, 2004.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. São Paulo: Editora Santos, 1999.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatria. Noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

CAMPOS, A. J.; PASSANEZI, E.; GREGHI, S. L. A.; NAHÁS, D.; PONCE, C. G.; VIEIRA, L. C. C.; NAVARRO, M. F. L. Análise da influência de variáveis explanatórias conjunturais e individuais na situação e saúde periodontal medida pelo CPITN. *Periodontia*, São Paulo, v.1, n.1, p. 28-36, abr./set.1992.

FEATHERSONE, J. D. B. Fluoride, remineralization and root caries. *American Journal of Dentistry*, San antonio v. 7, n. 5, p. 271-274, Out. 1994.

FUKUDA, H.; SHINSHO, F.; NAKAJIMA, K.; TATARA, K. Oral health habits and the number of teeth present in Japanese aged 50-80 years. *Community Dental Health*, London, v.14, n.4, p. 248-252, Dec. 1997.

FURE S. Five-year incidence of caries, salivary and microbial conditions in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals. *Caries Research*, New York, v. 32, n. 3, p.166-174, 1998.

GUIVANTE-NABET, C.; TAVERNIER, M.; TREVOUX, C.; BERDAL, A. Active and inactive caries lesions in a selected elderly institutionalized French population. *International Dental Journal*, London, v. 48, n.2, p. 111-122, Apr.1998.

HOPPENBROUWERS, P. M. M. et al.. The vulnerability of exposed human dental roots to desmineralization. *Journal of Dental Research*, Washington, v. 65, n.7, p. 955-958, July 1986.

HORNING, G. M.; HATCH, C. L.; COHEN, M.E. Risk indicators for periodontitis in a military treatment population. *Journal of Periodontology*, Chicago, v. 63, n. 4, p. 297-302, Apr. 1992.

JOHNSON NW. Detection of high- risk groups and individuals for periodontal disease. *International Dental Journal*, London, v. 39, n. 1, p. 33-47, Mar. 1989.

KALK, W.; BAAT, C.; MEEUWISSEN, J. H. Is there a need for gerodontology? *International Dental Journal*, London, v. 42, n. 4, p. 209-216, Aug. 1992.

KELTJENS, H. et al.. Preventive aspects of root caries. *International Dental Journal*, London, v. 43, n.2, p. 143-148, Apr. 1993.

MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; SILVA, F. R. B. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de

Piracicaba-SP. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 2002.

PAPANOU, P. N.; WENNSTRON, J. L.; GRONDHAL, K. A. 10-year retrospective study of periodontal disease progression. *Journal of Clinical Periodontology*, Copenhagen, v.16, n. 7, p. 403-411, Aug. 1989.

PEREIRA, A. C.; CASTELLANOS, R. A.; SILVA, S. R. C.; WATANABE, M. G. C.; QUELUZ, D. P.; MENEGHIM, M. C. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. *Brazilian Dental Journal*, Ribeirão Preto, v.7, n. 2, p. 97-102, 1996.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, L. **Aboprev**: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

REUBEN, D. B.; SOLOMON, D. H. Assessment in geriatrics: of caveats and names. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 37, p.570-572, 1989.

RIHS, L. B.; SOUSA, M.L.R.; WADA, R. S. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 311-316, jan./fev. 2005.

ROSA, A. G. F.; CASTELLANOS, R. A.; PINTO, V. G. Saúde bucal na terceira idade. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 41, n. 2, p. 97-102, mar./abr. 1993.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde Bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 626-631, mar./abr. 2004.

SILVA, S. R. C.; VALSECKI JÚNIOR, A. Evaluation of oral health conditions among the elderly in a Brazilian city. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, v.8, n. 4, p. 268-271, 2000.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Distribution of coronal and root caries experience among persons aged 60+ in South Australia. *Australian Dental Journal*, Sydney, v. 42, n. 3, p.178-184, Jun. 1997.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. São Paulo: Ed. Santos, 2001.

VEHKALAHTI, M. M.; VIRBIC, V. L.; PERIC, L. M.; MATVOZ, E. S. Oral hygiene and root caries occurrence in Slovenian adults. *International Dental Journal*, London, v. 47, n. 1, p. 26-31, 1997.

WATANABE, M. G. C. **Experiencia de cárie de superfície radicular em adultos atendidos na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP**. 1994, 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

WEFEL, J. S. Root caries histopathology and chemistry. *American Journal of Dentistry*, San Antonio, v. 7, n. 5, p. 261-265, Oct. 1994.

Índice GOHAI: autopercepção da saúde bucal de adultos e idosos

Capítulo 4

Submetido à publicação no periódico da Revista Stoma

Henriques C, Loffredo LCM, Campos JADB, Telarolli Júnior R. Índice GOHAI: autopercepção da saúde bucal de adultos e idosos. Revista Stoma.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a autopercepção de 149 pacientes maiores de 50 anos, que demandaram atendimento junto à Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara- UNESP e junto ao Centro Regional de Reabilitação de Saúde, localizados em Araraquara- SP, no ano de 2006. Para avaliação da autopercepção utilizou-se o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI). As variáveis sócio-demográficas quanto à renda, escolaridade e sexo também foram coletadas. A maioria dos entrevistados afirmou nunca ter sofrido limitações (físicas, psicológicas, dor ou desconforto) devido a seus dentes ou próteses. Adicionalmente, 71,8% relataram sempre estarem felizes com o aspecto de seus dentes ou prótese e 77,9% afirmaram sempre se preocupar ou ter cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses. Entretanto, 25,7% apresentaram freqüentemente problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã e para 30,9% dos indivíduos houve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces. O índice GOHAI foi calculado, tendo alcançado o valor 50, aproximadamente, característico de autopercepção regular

da saúde bucal. A consistência interna do instrumento GOHAI foi boa (α -Cronbach= 0.80).

Palavras-Chave: Saúde bucal, autopercepção, índice GOHAI.

SUMMARY

The objective of this study was to verify the self perceived oral health among 149 patients aged 50 years and over under treatment in the Araraquara Dental School and in the Regional Center of Health, located in Araraquara- SP, in 2006. In order to evaluate the perceived oral health, it was used the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). The sociodemographic variables as the income, level of education and sex had been also collected. The majority of the interviewed patients had no limitations (physical, psychological, pain or discomfort) caused by their teeth, gums or prosthesis. Additionally, 71.8% always were pleased or happy with the looks of their teeth, gums or prosthesis and 77.9% were always worried or concerned about the problems with their teeth, gums or prosthesis. However, 25.7% had trouble biting or chewing any kind of food, such as firm meat or apples and for 30.9% of the individuals had their teeth or gums sensitive to hot, cold or sweets. The GOHAI index was calculated, having reached the value 50, approximately, characteristic of regular self perceived of the oral health. The internal consistency of the GOHAI instrument was good (α -Cronbach= 0.80).

Key-Words: Oral health, self perceived, GOHAI index.

INTRODUÇÃO

O Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI) foi proposto para permitir a avaliação das condições de saúde bucal de pessoas idosas, tanto em estudos epidemiológicos quanto na prática clínica diária¹.

Para finalidade especificamente ligada a esse índice, a saúde bucal foi definida como sendo a ausência de dor e infecção, de tal forma a apresentar uma dentição confortável e funcional, compatível ao exercício do papel social².

O índice GOHAI é composto por 12 questões fechadas, referentes a funções básicas, seja física ou psicológica. Estas questões procuram refletir os problemas sentidos pelos idosos em três dimensões, sendo considerados físicos, os que incluem mastigação, deglutição e fala (perguntas de 1 a 5), problemas psicológicos, os que incluem preocupação, consciência e auto-imagem da saúde bucal (perguntas 6, 7, 9, 10 e 11) e problemas de dor ou desconforto (perguntas 8 e 12).

O índice foi inicialmente testado numa amostra de 87 idosos, em um Centro de Saúde de Los Angeles, EUA, e, na versão definitiva, aplicado em 1775 idosos¹. Foi analisado o aspecto de consistência interna das perguntas do questionário e os resultados foram considerados bons. Indivíduos brancos, com alto nível educacional e renda anual elevada, tiveram alto escore do GOHAI, indicando situação mais satisfatória quanto aos problemas bucais. Foi observado, inclusive, que aos participantes com níveis mais altos do índice GOHAI, correspondiam

dados clínicos mais favoráveis, como terem de 21 a 32 dentes, não usarem prótese removível e sentirem que não era necessário tratamento dentário.

Atchison et al.³ conduziram um estudo com idosos não-desdentados, com alta escolaridade, para determinar a relação entre autopercepção de saúde bucal de acordo com a avaliação feita pelo cirurgião-dentista e pelo paciente e para determinar a respectiva contribuição de medidas clínicas e subjetivas em saúde bucal que levam à sua classificação tanto por parte do cirurgião-dentista, como do paciente. O estudo consistiu em exame clínico e entrevista telefônica com 776 indivíduos maiores de 65 anos de idade, em Los Angeles, EUA. A entrevista incluiu questões sobre saúde geral e bucal, avaliação da aparência dentária, condição bucal, uso de prótese removível, necessidade de tratamento dentário e aplicação do índice GOHAI. No exame clínico, dentistas devidamente treinados utilizaram vários índices clínicos para medir as principais doenças bucais, além de avaliar a aparência dentária das pessoas, levando em consideração fatores como o número de dentes com contato oclusal e problemas de fala. Os resultados mostraram que uma classificação positiva da saúde bucal esteve associada tanto com a auto-classificação de saúde bucal como com as medidas clínicas. Adicionalmente, uma melhor avaliação esteve associada com número maior de dentes naturais, poucas cáries e pontes móveis entre os dentes remanescentes, sendo que a avaliação mais satisfatória, por parte dos dentistas, esteve associada com alto escore de GOHAI. No estudo, o índice GOHAI levou à autopercepção favorável da condição de saúde bucal, sendo considerado um bom preditor no

modelo de regressão múltipla que explicou as classificações atribuídas respectivamente ao profissional e ao paciente.

A adaptação desse índice para utilização no Brasil foi realizada por Silva, Castellanos⁴, tendo sido traduzido para outros idiomas, como, por exemplo, o chinês⁵ e o francês⁶.

Silva et al.⁷ avaliaram as condições de saúde bucal clinicamente (critérios da OMS⁸) e através da autopercepção pelo índice GOHAI, onde as questões eram categorizadas segundo a frequência em “sempre”, “às vezes” e “nunca”, correspondendo a pesos 1, 2 e 3, respectivamente; portanto, o índice poderia variar de 12 a 36. A amostra foi de 112 indivíduos com mais de 60 anos, residentes em Rio Claro – SP, Brasil, dividida em dois grupos (sem acesso a tratamento odontológico conveniado e com acesso a tratamento odontológico conveniado). O CPO-D foi de 29,13, maior no primeiro grupo ($p = 0,0091$). A média de dentes presentes foi de, aproximadamente, 8, maior no grupo com acesso a convênio odontológico ($p = 0,0131$). A média do índice GOHAI foi de 33,61 e houve diferença significativa apenas na dimensão física, com o maior valor no grupo com acesso a convênio ($p = 0,0154$).

Segundo Pinto⁹, “os resultados alcançados com a aplicação do GOHAI são satisfatórios em outros tipos de populações, incluindo grupos de baixa renda e jovens”. Assim, Athinson¹⁰ propôs uma mudança de denominação da sigla original, intitulando-o General Oral Health Assessment Index (Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral).

Devido à relevância de se conhecer a autopercepção de saúde bucal houve interesse em aplicar o índice GOHAI a uma amostra de adultos e idosos da cidade de Araraquara-SP, Brasil, com o objetivo de se oferecer subsídios para o planejamento de atendimento odontológico em programas de saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo de corte transversal, realizado por meio de entrevista, aplicando-se o formulário pertinente (Quadro 1) a pacientes maiores de 50 anos, que demandaram atendimento junto à Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara- UNESP e junto ao Centro Regional de Reabilitação de Saúde, localizados em Araraquara- SP.

No Quadro 1 é apresentada a composição do índice GOHAI, na versão traduzida por Pinto⁹ a partir da versão de Atchison¹⁰.

Por meio de entrevista, os problemas, ocorridos nos últimos três meses, foram relatados pelo próprio paciente, segundo a autopercepção referida e foram classificados quanto à frequência de aparecimento em “sempre”, “freqüentemente”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”, às quais foram atribuídos pesos 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente¹¹. Os itens que se referem a ter sido capaz de engolir confortavelmente (pergunta 3), ter sido capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto (pergunta 5) e sentir-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses (pergunta 7) são computados inversamente aos demais. O índice resulta da soma dos escores anotados, numa escala de 12 a 60, sendo que um escore maior indica uma auto-informação mais favorável da saúde bucal, ou seja, quanto mais próximo de 60, melhor; poderá decrescer até atingir o valor

de 12, que indica a auto-informação mais desfavorável. O índice GOHAI se obtém pelo resultado da soma total dividida pelo total de participantes^{1,11}. Segundo o Quadro 1 as perguntas inversas são assinaladas com um asterisco (*), sendo computadas inversamente.

A classificação da autopercepção será “ótima” (escore entre 57 e 60 pontos), “regular” (escore entre 50 e 56 pontos) e “ruim” (abaixo de 50 pontos)¹.

Os doze itens que compõem o índice GOHAI (Quadro 1) se constituem em informações a respeito das influências dos problemas de saúde bucal incluindo limitações na escolha dos alimentos (pergunta 1), problemas para morder e mastigar (pergunta 2), engolir (pergunta 3), falar (pergunta 4), comer (pergunta 5), limitações de contatos sociais (pergunta 6), insatisfação com a aparência (pergunta 7), uso de medicação para aliviar a dor ou desconforto na boca (pergunta 8), apreensão ou preocupação com a saúde bucal (pergunta 9), nervoso ou consciência de problemas com a condição bucal (pergunta 10), desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas (pergunta 11) e sensibilidade à temperatura (pergunta 12).

As entrevistas pessoais foram realizadas por uma única entrevistadora, a autora dessa pesquisa (CH), previamente calibrada, com aplicação do formulário próprio (Quadro 1).

Anteriormente à aplicação do questionário mencionado, foi realizada prova-piloto para 10 pacientes, que não participaram da amostra final. Essa prova-piloto permitiu à entrevistadora verificar que as perguntas não deixavam dúvidas quanto

ao seu conteúdo, por parte do entrevistado e que, ao aplicar o formulário duas vezes, em intervalo de 14 dias, houve 100% de concordância intra-examinador.

Planejamento estatístico

Para o estudo de consistência interna do questionário GOHAI, foi feita a estatística α -Cronbach.

Foi calculado o índice GOHAI e analisada a associação com sexo e escolaridade por meio do teste de qui-quadrado. Adotou-se o nível de 5% de significância.

Aspectos éticos

Deve-se ressaltar que o atual projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP sob o protocolo nº 51/04.

RESULTADOS

Inicialmente foi verificada a consistência interna do índice GOHAI segundo tabela 1.

Considerando-se as questões que compõem o índice GOHAI, observa-se consistência interna boa (α -Cronbach= 0,80).

Entre os 149 entrevistados, a maioria foi do sexo feminino (68,5%).

A idade variou de 50 a 84 anos, sendo a média de 63 anos e a mediana de 62 anos. A renda média foi de 3 salários mínimos vigentes (R\$ 350,00 em 2006).

Quanto à escolaridade, chamou a atenção o fato de que 5,4% dos pacientes eram analfabetos. A baixa escolaridade foi predominante, correspondendo a 68,5% da amostra estudada.

Quanto aos itens que compõem o índice GOHAI, pôde ser observado na tabela 2 que a maioria dos entrevistados afirmou nunca ter sofrido limitações (físicas, psicológicas, dor ou desconforto) devido a seus dentes ou próteses. Adicionalmente, 71,8% relataram sempre estarem felizes com o aspecto de seus dentes ou prótese e 77,9% afirmaram sempre se preocupar ou ter cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses. Entretanto, 25,7% apresentaram freqüentemente problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã e para 30,9% dos indivíduos houve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces.

O índice GOHAI foi calculado, tendo alcançado o valor 50, aproximadamente, característico de autopercepção regular da saúde bucal.

Considerando sua distribuição segundo sexo, o índice valeu 50,15 e 49,21, respectivamente aos sexos masculino e feminino, sendo a diferença estatisticamente não-significante ($p= 0,963$).

Em relação à escolaridade, observou-se associação não-significativa ($p= 0,618$).

DISCUSSÃO

A consistência interna do instrumento GOHAI foi verificada (α -Cronbach= 0,80), portanto, o instrumento mostrou-se homogêneo. O valor de α -Cronbach do presente estudo está entre os valores de referência de 0,61 a 0,80 para a

interpretação do coeficiente, revelando consistência boa¹². A literatura revela tal consistência para estudos como o de Atchison, Dolan¹.

As variáveis sócio-demográficas que compuseram o presente estudo foram ao encontro com o verificado na literatura. Ou seja, a maioria dos entrevistados foi de mulheres, o que pôde também ser observado por Atchison, Dolan¹ e Silva, Castellanos⁴. Adicionalmente, a baixa escolaridade ocorreu em grande parte da amostra no estudo de Silva, Castellanos⁴, onde 74,7% das pessoas fizeram apenas o primeiro grau incompleto ou completo. A renda média foi baixa (3 salários mínimos), assim como no estudo de Silva, Castellanos⁴.

A caracterização da amostra estudada revelou, então, indivíduos com poucos recursos educacionais e financeiros como relatado por Silva, Castellanos⁴, que, no artigo, afirmam que provavelmente esse fato influencia na qualidade de vida da amostra.

Tubert-Jeannin et al.⁶, considerando a distribuição do índice GOHAI segundo sexo, encontraram diferença estatisticamente não-significante, assim como no presente estudo. Porém, em relação à escolaridade, o presente estudo relatou associação não-significativa com o índice GOHAI ($p= 0,618$) enquanto os autores franceses observaram que os indivíduos com baixa escolaridade tiveram os menores escores do índice.

Os indivíduos do estudo apresentaram um valor em relação ao GOHAI característico de uma percepção regular das condições de saúde bucal, estando este valor semelhante ao encontrado por outro trabalho brasileiro também com população da cidade de Araraquara – SP⁴. Em outro estudo, Silva et al.⁷

caracterizaram a autopercepção da saúde bucal como regular ao aplicar o índice GOHAI para idosos moradores da cidade de Rio Claro – SP.

O fato de aproximadamente 26% da amostra terem apresentado freqüentemente problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã também foi constatado em estudos como o de Atchison, Dolan¹ e o de Tubert-Jeannin et al.⁶, em que os autores obtiveram percentagens de 37% e 38% respectivamente para os dados correspondentes a essa pergunta . Esses dados assemelham-se, também, aos de Henriques et al.¹³ que conduziram um estudo por meio de exame clínico e aplicação de formulário com o índice GOHAI em indivíduos com idade mínima de 60 anos, sob tratamento na Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP e relataram restrições alimentares, principalmente em relação a carnes (47%) e frutas (29%).

CONCLUSÃO

A consistência interna do instrumento GOHAI foi boa, uma vez que o valor de α -Cronbach foi aproximadamente 0,80. A autopercepção da população estudada em relação à saúde bucal mostrou-se regular, com associação não-significativa com as variáveis sócio-demográficas referentes a sexo e à escolaridade.

REFERÊNCIAS

1. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. J Dent Educ.1990; 54: 680-6.

2. Dolan TA. The sensivity of the Geriatric Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *J Dent Educ.* 1997; 61: 36-46.
3. Atchison KA, Matthias RE, Dolan TA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Comparison of oral health ratings by dentist and dentate elders. *J Public Health Dent.* 1993; 53: 223-30.
4. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35: 349-55.
5. Wong MC, Liu JK, Lo EC. Translation and validation of the Chinese version of the GOHAI. *J Public Health Dent.* 2002; 62: 78-83.
6. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet,S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31: 275-84.
7. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21: 1251-9.
8. Brasil. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. São Paulo: Editora Santos; 1999.
9. Pinto VG. Identificação de problemas. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000.
10. Atchison KA. The general oral health assessment index. In: Slade G. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
11. Nadanovsky P, Costa AJL. Indicadores de saúde bucal. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.

12. Dal Moro RG, Braga MR, Padilha DMP. Uso do coeficiente alfa de Cronbach na validação de questionários utilizados na pesquisa odontológica. Rev Fac Odonto Porto Alegre. 2003; 44: 34-6.

13. Henriques C, Montandon AAB, Serra MC. Perfil nutricional e avaliação odontológica de idosos parcialmente desdentados. Pesqui Odontol Bras. 2003; 17: 100.

Quadro 1- Perguntas que compõem o índice GOHAI⁹

Pergunta: “Quão seguido você”
1 – Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?
2 – Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?
*3 – Foi capaz de engolir confortavelmente?
4 – Seus dentes ou prótese(s) o impediram de falar da maneira como queria?
*5 – Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?
6 – Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?
*7 – Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?
8 – Usou medicamentos para avaliar dor ou desconforto relativos à boca?
9 – Preocupou-se ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses?
10 – Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?
11 – Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problema com seus dentes ou próteses?
12 – Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?

*Contagem inversa em relação à nota máxima.

Tabela 1- Consistência interna do índice GOHAI segundo correlação média inter-item e coeficiente alpha- Cronbach. Araraquara-SP, 2006

Pergunta: “Quão seguido você”	Correlação média inter-item	α -Cronbach
1 – Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?	0,2398	0,776
2 – Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	0,2289	0,765
*3 – Foi capaz de engolir confortavelmente?	0,2545	0,789
4 – Seus dentes ou prótese(s) o impediram de falar da maneira como queria?	0,2429	0,779
*5 – Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	0,2347	0,771
6 – Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?	0,2409	0,777
*7 – Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?	0,2362	0,772
8 – Usou medicamentos para avaliar dor ou desconforto relativos à boca?	0,2553	0,790
9 – Preocupou-se ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses?	0,2818	0,811
10 – Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	0,2481	0,784
11 – Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problema com seus dentes ou próteses?	0,2276	0,764
12 – Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	0,2805	0,810
GOHAI (12 itens)	0,2476	0,797

Tabela 2- Frequência de ocorrência (%) dos itens que compõem o índice GOHAI, Araraquara-SP, 2006

Pergunta: “Quão seguido você”	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1 – Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?	75,8	4,0	9,4	7,4	3,4
2 – Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	54,4	3,4	16,1	10,3	15,4
*3 – Foi capaz de engolir confortavelmente?	0,7	3,4	10,1	1,3	84,6
4 – Seus dentes ou prótese(s) o impediram de falar da maneira como queria?	79,2	2,0	11,4	3,4	4,0
*5 – Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	6,7	7,4	17,4	4,7	63,8
6 – Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?	87,9	1,3	6,0	2,0	2,7
*7 – Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?	6,7	10,7	7,4	3,4	71,8
8 – Usou medicamentos para avaliar dor ou desconforto relativos à boca?	88,6	2,0	6,7	1,3	1,3
9 – Preocupou-se ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses?	6,7	0,7	0,7	14,1	77,9
10 – Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	73,8	2,7	10,7	8,7	4,0
11 – Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problema com seus dentes ou próteses?	81,9	0,7	10,1	3,4	4,0
12 – Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	64,4	4,7	16,8	8,1	6,0

4 CONCLUSÕES

Baseando-se nestes estudos, conclui-se que:

- ✓ Entre os 61 idosos, a autopercepção em relação à saúde bucal mostrou-se ruim, com associação não-significativa com as variáveis clínicas referentes à doença periodontal, cárie radicular e uso de próteses não-funcionais; as condições de saúde bucal apresentaram-se insatisfatórias, o que pôde ser evidenciado pelos dados clínicos, com alta prevalência de doença periodontal e próteses não-funcionais.
- ✓ Os indicadores de cárie radicular, CPI, GOHAI e OHIP-14 apresentaram alta reprodutibilidade para a maioria das questões, o que os torna instrumentos importantes na avaliação da condição de saúde bucal e qualidade de vida.
- ✓ A população estudada, maior do que 50 anos, atendida em serviços de saúde odontológica e geral apresentou condições de saúde bucal insatisfatórias, com alta prevalência de lesão de cárie radicular e de doença periodontal.
- ✓ Para pacientes maiores de 50 anos, atendidos na FOAr-UNESP e no Centro Regional de Reabilitação de Saúde de Araraquara, a autopercepção da saúde bucal mostrou-se regular, com associação não-significativa com as variáveis sócio-demográficas referentes a sexo e à escolaridade. A consistência interna do instrumento GOHAI foi boa, uma vez que o valor de α -Cronbach foi aproximadamente 0,80.

5 REFERÊNCIAS*

1. Adulyanon S, Vourapukjam J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24: 385-9.
2. Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 na forma simplificada. *Rev Odontol.* 2004; 6: 6-15.
3. Atchison KA. The general oral health assessment index. In: Slade G. *Measuring oral health and quality of life.* Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997. p. 71-80.
4. Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ.* 1990; 54: 680-6.
5. Atchison KA, Matthias RE, Dolan TA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Comparison of oral health ratings by dentist and dentate elders. *J Public Health Dent.* 1993; 53: 223-30.
6. Banting DW. The diagnosis of root caries. *J Dent Educ.* 2001; 65: 991-6.
7. Beck JD. Methods of assessing risk for periodontitis and development multifactorial models. *J Periodontol.* 1994; 65: 468-78.

* De acordo com o estilo Vancouver. Disponível no site:
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

8. Biazevic MGH. Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2001.
9. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res.* 2004; 18: 85-91.
10. Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade [citado 2006 Jul 5]. Disponível em: http://www.uepg.br/propesp/publicatio/bio/2003_3/07.htm
11. Brasil. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. São Paulo: Editora Santos; 1999.
12. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics. Noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
13. Campos J et al. Análise da influência de variáveis explanatórias conjunturais e individuais na situação e saúde periodontal medida pelo CPI. *Periodontia.* 1992; 1: 28-36.
14. Carvalho CL, Martins EM. O significado da saúde e da doença na sociedade. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS; 1998. p. 91-114.
15. Chianca T K et al. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. *Rev Fola/Oral.* 1999; 16: 96-100.

16. Cushing AM, Sheiham A, Maiizels J. Developing socio-dental indicators – the social impact of dental disease. *Community Dent Health*. 1986; 3: 3-17.
17. de Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33: 307-14.
18. Dever GEA. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Liv. Pioneira; 1988.
19. Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *J Dent Educ*. 1997; 61: 36-46.
20. Fejerskov O. Recent advancements in the treatment of root surface caries. *Int Dent J*. 1994; 44: 139-44.
21. Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden GR, Pitts NB, Ogston SA. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006; 34: 53-62.
22. Fernandes RAC, Silva SRC, Watanabe MGC, Pereira AC, Martildes MLR. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. *Rev Bras Odontol*. 1997; 54: 107-10.
23. Frias A C, Narvai PC. Validade e precisão em pesquisas epidemiológicas: uma revisão crítica. *Odontologia e Sociedade*. 2001; 3: 34-9.
24. Fure S. Five-year incidence of caries, salivary and microbial conditions in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals. *Caries Res*. 1998; 32: 166-74.

25. Galeazzi STF, Loffredo LCM, Barros LAB. Reprodutibilidade intra examinador do índice periodontal CPITN e do nível de inserção. *Periodontia*. 2005; 15: 57-61.
26. Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J*. 1994; 44: 145-52.
27. Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbit RA, Kressel S, Pollard WE et al. The Sickness Impact Profile: development of an outcome measure of oral health. *Am J Public Health*. 1975; 65: 1304-10.
28. Gordon SR, Fryer GE, Niessen L. Patient satisfaction with current dental condition related to self-concept and dental status. *J Prosthet Dent*. 1988; 59: 323-7.
29. Guivante-Nabet C, Tavernier M, Trevoux C, Berdal A. Active and inactive caries lesions in a selected elderly institutionalized French population. *Int Dent J*. 1998; 48: 111-22.
30. Hals E, Selvig KA. Correlated electron probe microanalysis and microradiography of carious and normal cementum. *Caries Res*. 1977; 11: 62-75.
31. Henriques C, Montandon AAB, Serra MC. Perfil nutricional e avaliação odontológica de idosos parcialmente desdentados. *Pesqui Odontol Bras*. 2003; 17: 100.
32. Hoppenbrouwers PMM, Driessens FC, Borggreven JM. The vulnerability of exposed human dental roots to desmineralization. *J Dent Res*. 1986; 65: 955-8.

33. Horning GM, Hatch CL, Cohen ME. Risk indicators for periodontitis in a military treatment population. *J Periodontol.* 1992; 63: 297-302.
34. Jacobovitz F, Cardoso CL, Oliveira Neto JD, Albuquerque Júnior RF. Adaptação e validação do “oral health impact profile-14” para a cultura brasileira. *Pesqui Odontol Bras.* 2003; 17: 252.
35. John MT, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Micheelis W. German short forms of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34: 277-88.
36. Johnson NW. Detection of high- risk groups and individuals for periodontal disease. *Int Dent J.* 1989; 39: 33-47.
37. Kalk W, Baat C, Meeuwissen JH. Is there a need for gerodontology? *Int Dent J.* 1992; 42: 209-16.
38. Keltjens H, Schaeken T, van der Hoeven H. Preventive aspects of root caries. *Int Dent J.* 1993; 43: 143-8.
39. Könönen M, Lipasti J, Murtomaa H. Comparison of dental information obtained from self-examination and clinical examination. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1986; 14: 258-60.
40. Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Public Health Dent.* 1997; 57: 224-32.
41. Kressin NR, Reisine S, Spiro III A, Jones JA. Is the effectivity associated with oral quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001; 29: 412-23.

42. Kressin NR. The oral health-related quality of life measure (OHQOL). In: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, School of Dentistry; 1997. p. 113-20.
43. Leake JL. An index of chewing ability. *J Public Health Dent.* 1990; 50: 262-7.
44. Leão ATT, Sheiram A. The development of measures of dental impacts on daily living. *Community Dent Health.* 1996; 13: 22-6.
45. Locker D. Subjective oral health status indicators. *Community Dent Health.* 1997; 27: 257-70.
46. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001; 29: 373-81.
47. MacEntee MI. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. *Gerontology.* 1996; 13: 76-81.
48. McGrath C, Raman B. Understanding the value of oral health to people in Britain - importance to life quality. *Community Dent Health.* 2002; 19: 211-4.
49. Meneghim MC, Pereira AC, Silva, FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba -SP. *Pesqui Odontol Bras.* 2002; 16: 50-6.
50. Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "Oral Health Impact Profile". *Rev Odontol UFES.* 2001; 3: 32-8.
51. Nyvad B, Fejerskov O. Root surface caries: clinical, histopathological and microbiological features and clinical implications. *Int Dent J.* 1982; 32: 312-26.

52. Nyvad B, Ten Cate JM, Fejerskov O. Arrest of root surface caries *in situ*. J Dent Res. 1997; 76: 1845-53.
53. Papanou PN, Wennström JL, Grondhal K. A 10-year retrospective study of periodontal disease progression. J Clin Periodontol. 1989;16: 403-11.
54. Pereira AC, Castellanos RA, Silva SRC, Watanabe MGC, Queluz DP, Meneghim MC. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. Braz Dent J. 1996; 7: 97-102.
55. Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L. Aboprev: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 27-42.
56. Pinto VG. Identificação de problemas. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Liv. Santos; 2000. p. 215-22.
57. Pires CPAB, Ferraz MB, Abreu MHNG. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (ohip-49). Braz Oral Res. 2006; 20: 263-8.
58. Portillo JAC, Paes AMC. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. Rev Bras Odontol. 2000; 1: 75-88.
59. Reisine S. Oral health and the sickness impact profile. In: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina: School of Dentistry; 1997. p. 57-64.
60. Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics: of caveats and names. J Am Geriatr Soc. 1989; 37: 570-2.

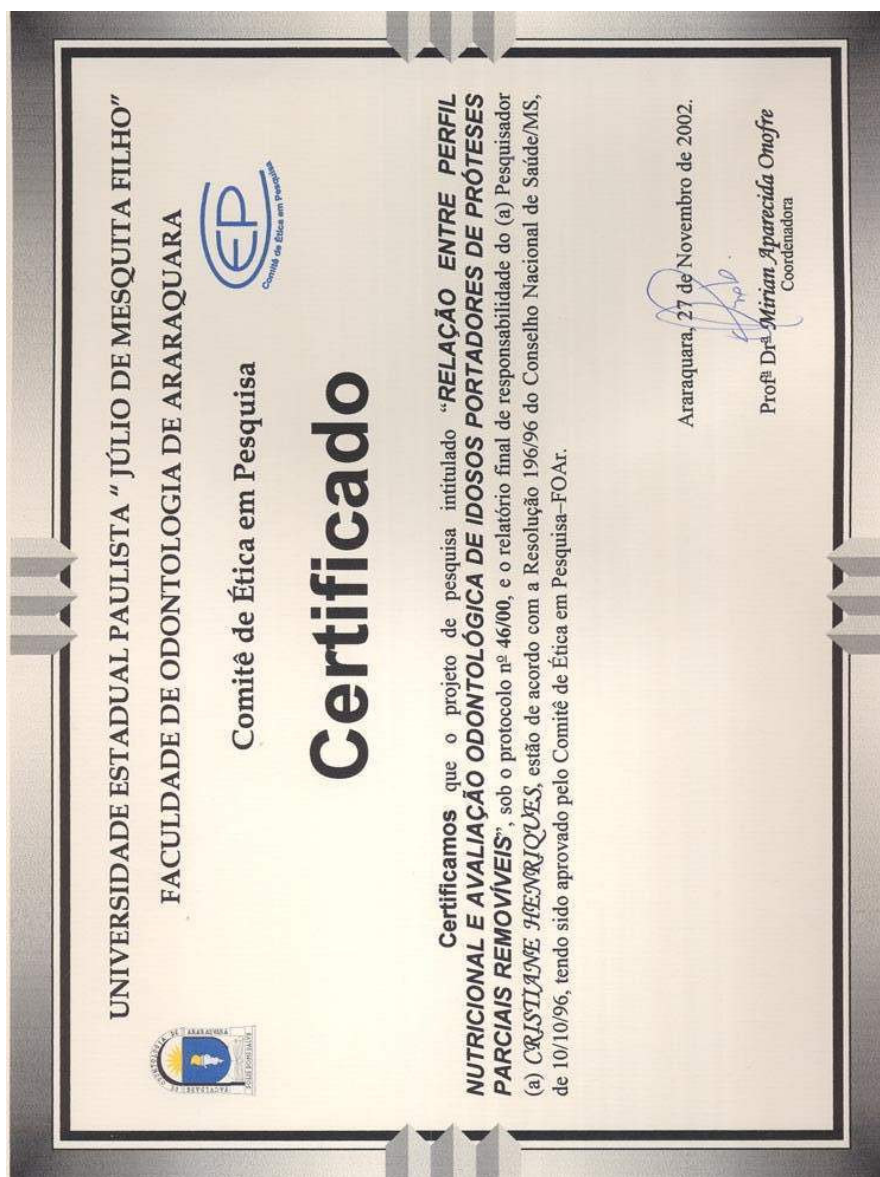
61. Rihs LB, Sousa MLR, Wada RS. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21: 311-6.
62. Robinson PG, Gibson B, Klan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31: 90-9.
63. Robson FCO, Pordeus IA, Vale MPP, Paiva SM. Validação do oral health impact profile-14. *Pesqui Odontol Bras*. 2003; 17: 176.
64. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade. *Rev Gaúcha Odontol*. 1993; 41: 97-102.
65. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde Bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 626-31
66. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21: 1251-9.
67. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35: 349-55.
68. Silva SRC, Valsecki Junior A. Evaluation of oral health conditions among the elderly in a Brazilian city. *Rev. Panam Salud Publica*. 2000; 8: 268-71.
69. Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 284-90.
70. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1994; 11: 3-11.

71. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of conditions among older adults. *Austr Dent J.* 1994; 39: 358-64.
72. Slade GD, Spencer AJ. Distribution of coronal and root caries experience among persons aged 60+ in South Australia. *Aust Dent J.* 1997; 42: 178-84.
73. Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 317-21.
74. Slade GD, Locker D, Leake JL, Wu AS, Dunkley G. The oral health status and treatment needs of adults aged 65+ living independently in Ottawa-Carleton. *Can. J. Public Health.* 1990; 81: 114 – 9.
75. Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1980; 8: 360-4.
76. Steele JG, Walls AW, Ayatollahi SM, Murray JJ. Dental attitudes and behavior among a sample of dentate older adults from three English communities. *Br Dent J.* 1996; 180: 131-6.
77. Strauss RP. The dental impact profile. In: Slade GD. *Measuring oral health and quality of life.* Chapel Hill: University of North Carolina, School of Dentistry; 1997. p. 81-92.
78. Szentpétery A, Szabó G, Marada G, Szántó I, John MT. The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci.* 2006; 114: 197-203.
79. Thylstrup A, Fejerskov O. *Cariologia clínica.* São Paulo: Ed. Santos; 2001.

80. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31: 275-84.
81. Vehkalahti MM, Virbic VL, Peric LM, Matvoz ES. Oral hygiene and root caries occurrence in Slovenian adults. *Int Dent J.* 1997; 47: 26-31.
82. Wefel JS. Root caries histopathology and chemistry. *Am J Dent.* 1994; 7: 261-5.
83. Werner CW, Sauders MJ, Paunavich E, Yeh C. Odontologia geriátrica. *Rev Fac de Odontol Lins.* 1998; 11: 62-70.
84. Wong MC, Liu JK, Lo EC. Translation and validation of the Chinese version of the GOHAI. *J Public Health Dent.* 2002; 62: 78-83.

6 ANEXOS

Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP) da Pesquisa intitulada “Relação entre perfil nutricional e avaliação odontológica de idosos portadores de próteses parciais removíveis”



Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP) da Pesquisa intitulada “Indicadores de Saúde bucal e Qualidade de vida”.



Autorizo a reprodução deste trabalho.
(Direitos de publicação reservados ao autor)

Araraquara, 03 de dezembro de 2007.

CRISTIANE HENRIQUES

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](#)