



Protocolo de avaliação da mastigação do idoso

Protocol for the evaluation of chewing among older adults

Luiz Felipe Ferreira de Souza¹ 

Licínio Esmeraldo da Silva² 

Pantaleo Scelza Neto¹ 

Resumo

Objetivos: Avaliar as estruturas funcionais e fisiológicas do sistema estomatognático da cavidade bucal dos idosos diante da autopercepção, comparando-as com a avaliação clínica profissional e investigar as dificuldades encontradas para realizar sua mastigação. **Método:** Estudo transversal analítico de abordagem quantitativa, realizado com uma amostra de 53 idosos, idade entre 60 e 90 anos. Foi utilizado um protocolo constituído de três questionários: uma avaliação sociodemográfica, uma entrevista de autopercepção com 19 quesitos da mastigação do idoso e uma avaliação clínica contendo 30 quesitos abrangendo os aspectos teciduais da cavidade bucal. Os escores da autopercepção e da avaliação clínica foram comparados pelo teste de Mann-Whitney e as proporções observadas para cada item pelo teste binomial. **Resultados:** Constatou-se que a autopercepção relatada pelos idosos não correspondeu ao resultado da avaliação clínica. Enquanto 31 (58,5%) relataram satisfação com a mastigação, 16 (30,2%) possuíam comprometimento alto/muito alto e 14 (26,4%) comprometimento moderado. **Conclusão:** Evidenciou-se que o processo de análise da mastigação não pode ser realizado exclusivamente pelas respostas prestadas pelo idoso, sendo mais adequado quando se adiciona a etapa da avaliação clínica feita por um profissional.

Palavras-chave: Odontologia Geriátrica. Mastigação. Autoimagem. Sistema Estomatognático. Saúde Bucal. Brasil.

Abstract

Objectives: To evaluate the functional and physiological structures of the stomatognathic system of the oral cavity of older adults based on self-perception, comparing the same with a professional clinical evaluation, and investigating the difficulties encountered when chewing. **Method:** An analytical cross-sectional study with a quantitative approach was

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF), Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontogeriatrics. Niterói, RJ, Brasil.

² Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Matemática e Estatística, Departamento de Estatística. Niterói, RJ, Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Luiz Felipe Ferreira de Souza
lumadaragu@gmail.com

Recebido: 26/03/2019
Aprovado: 17/10/2019

conducted with a sample of 53 older adults aged 60 to 90 years. A protocol consisting of three questionnaires was used: a sociodemographic evaluation, a self-perception based interview with 19 questions on the chewing of the older adults and a clinical evaluation containing 30 questions covering aspects of the oral cavity tissue. The self-perception and clinical evaluation scores were compared using the Mann-Whitney test and the proportions observed for each item were compared by the binomial test. *Results:* It was found that the self-perception of older adults did not correspond to the result of the clinical evaluation. While 31 (58.5%) reported satisfaction with chewing, 16 (30.2%) had high/very high impairment and 14(26.4%) moderate impairment, based on the results of the clinical evaluation found. *Conclusion:* It was found that the chewing analysis process cannot be exclusively based on the answers provided by the older adults, and assessment proved to be more accurate when combined with a clinical evaluation performed by a professional.

Keywords: Geriatric Dentistry. Mastication. Self Concept. Stomatognathic System. Oral Health. Brazil.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde e a prevenção de doenças da cavidade bucal devem estender-se sem negligência até a velhice. Em atitude diferenciada do que era corrente em tempos de outrora, a manutenção adequada da cavidade bucal torna-se um desafio para a população idosa e para a categoria de profissionais da área da saúde bucal¹.

A mastigação é função importante do sistema estomatognático, pois com ela se inicia o processo digestório, tendo como objetivo a degradação mecânica dos alimentos, reduzindo-os a um tamanho adequado para a deglutição². Entretanto, a funcionalidade do sistema se modifica durante o processo de envelhecimento humano, pelas transformações anatômicas, fisiológicas e metabólicas^{3,4}, muitas vezes irreversíveis. Fato este também evidenciado na nossa clínica diária quando os idosos começam a apresentar desconfortos na mastigação^{5,6}. A frequência de atendimento odontológico e a disponibilidade de serviços odontológicos podem afetar o número de dentes remanescentes nos últimos estágios da vida⁷⁻⁹.

A disponibilidade de instrumentos de avaliação confiáveis para identificar fatores que influenciam nas práticas odontológicas é importante tanto para a maior compreensão, quanto para a elaboração de intervenções efetivas na promoção da qualidade de vida da população¹⁰.

Neste contexto, o presente estudo objetivou analisar a fisiologia da mastigação do idoso diante da

autopercepção e compará-la com a avaliação clínica profissional, e investigar as dificuldades encontradas para realizar sua alimentação.

MÉTODO

O estudo teve natureza quantitativa, exploratória, descritiva, observacional, de adesão voluntária em um grupo de idosos que eram atendidos pela Clínica de Odontogeriatrics da Faculdade de Odontologia e pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

A construção do protocolo de avaliação da mastigação do idoso foi realizada em três momentos: o primeiro referiu-se a construção dos instrumentos do protocolo, no segundo realizou-se a aplicação do protocolo e no terceiro a análise dos dados dessa aplicação.

O protocolo pode ser realizado em hospitais, instituições de longa permanência (ILP), ambulatórios e até mesmo em visita domiciliar e requer qualificação profissional em Odontologia, preferencialmente em Odontogeriatrics. O material de proteção utilizado na avaliação clínica deve ser de uso individual e descartável (luva, gorro, máscara, abaixador de língua), não necessitando de ambiente especial e equipamentos odontológicos específicos para sua realização.

O processo de execução proposto pelo protocolo seguiu a sequência do manual do examinador

SB2000¹¹, com o tempo de aplicação de 20 minutos para cada sessão de atendimento; o profissional avaliador deve obter informações, evitando práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária na tomada de decisão¹².

Primeiro momento: Construção do instrumento

O protocolo designado como teste de Avaliação Clínica da Mastigação do Idoso (TAC-MI) se apresenta como um instrumento rastreador da mastigação do idoso, identificando dificuldades e deficiências decorrentes do processo de envelhecimento. O protocolo apresenta três questionários: a) Identificação do paciente; b) Escala de Autopercepção da Mastigação; c) Escala de Avaliação Clínica da Mastigação.

O primeiro questionário tem a finalidade de obter dados de natureza sociodemográfica. O segundo questionário corresponde a informações da mastigação da pessoa idosa, constituído por um conjunto de 19 itens (perguntas conduzidas diretamente ao idoso), todas de resposta dicotômica de peso igual (sim/não) gerando uma escala somativa diante da autopercepção do idoso quanto a sua mastigação.

As respostas de cada item foram codificadas pelos valores 1 (sim) e 0 (não), indicando, respectivamente, o aspecto positivo e o aspecto negativo para a mastigação; com exceção dos itens “A, J, K, L e R”, todos os demais itens devem ter os seus valores codificados revertidos. O escore dessa escala varia desde 0 a 19, com os menores valores atribuídos indicando a redução da mastigação diante das respostas obtidas do idoso.

O terceiro questionário constitui-se de uma avaliação clínica (uma análise obtida diretamente da cavidade bucal do idoso) realizada pelo profissional. Formado por 30 itens em escala dicotômica de peso igual (sim/não), é estruturado em seis domínios de abrangência do sistema estomatognático: dentário, tecidos moles, salivação, deglutição, músculo-esquelético-articular e proprioceptivo. Tal como o instrumento anterior, os valores 1 e 0 foram usados para codificar as respostas positiva e negativa,

respectivamente. Com exceção dos itens “AA, AB, AC, DE, EA, FB, FC e FD”, todos os demais itens devem ter seus valores codificados revertidos. Esta etapa gera uma escala somativa, cujo escore de impacto corresponde à mastigação do idoso sob a ótica técnica. O escore dessa escala varia de 0 a 30, com os menores valores indicando a redução da mastigação do ponto de vista clínico.

Com a finalidade de despertar uma melhor interpretação pelo profissional aplicador, foi incorporada uma simbologia para cada pergunta, onde uma resposta de caráter positivo foi identificada por uma pequena face de cor verde e de expressão alegre, e uma resposta de caráter negativo por uma face de cor vermelha e de expressão triste ao lado da outra face. Não foram incluídos no instrumento itens para avaliação da força de mastigação e seus ciclos, pois a estratégia adotada foi direcionada às condições das estruturas envolvidas.

Após a aplicação dos questionários, prosseguiu-se com a classificação subjetiva do grau de comprometimento da mastigação do idoso, utilizando uma escala do tipo *Likert*¹³ de cinco pontos, variando de 1 a 5 pontos, desde o mais comprometido até o menos comprometido. Ao término, orienta-se o encaminhamento com especificação do motivo e do especialista mais indicado. O acesso ao teste será feito apenas pelo link “<www.issuu.com/luizfelipeferreiradesouza>”.

Segundo momento: Aplicação do protocolo

A metodologia de aplicação do TAC-MI foi realizada em duas fases: um Estudo Piloto e uma Fase de Execução.

Na inclusão de pacientes para a aplicação do TAC-MI, em ambas as fases, consideraram-se os seguintes critérios: idade compreendida de 60 a 90 anos; alfabetizados; de ambos os sexos; independentes na sua atividade básica da vida diária (avaliado pelo índice de *Katz*)¹⁴, independentes para realizar sua alimentação; com capacidade cognitiva para compreender e responder os questionamentos (verificado com base no resultado do Miniexame de Estado Mental¹⁵

disponível no prontuário). Foram excluídas as pessoas idosas que apresentavam dificuldades de locomoção e utilizavam medicamentos que alterassem o seu estado cognitivo. Também foram excluídas aquelas que apresentassem problemas graves para realizar sua mastigação, tais como: cirurgias ou traumas recentes; trismo mandibular; defeitos congênitos; quadro clínico de dor e/ou desconforto e que impedissem a aplicação do teste.

O Estudo Piloto foi desenvolvido nas dependências da Clínica de Odontogeriatrics da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense. Esta fase teve a finalidade de ajustar os instrumentos do TAC-MI, e contou com a participação de quatro profissionais cirurgiões-dentistas e quatro idosos usuários dos serviços da clínica. Todos os profissionais foram treinados e calibrados quanto ao procedimento padrão de aplicação do TAC-MI.

O ajuste dos questionários do protocolo, Escala de Autopercepção da Mastigação (mastigação sob a ótica da pessoa idosa) e Escala de Avaliação Clínica da Mastigação (mastigação da pessoa idosa sob a ótica profissional), se fez por meio da concordância entre os quatro cirurgiões-dentistas para cada idoso, resultando em 16 aplicações.

Dentro dos critérios de concordância, estabeleceu-se que, se a média das proporções de avaliações concordantes por paciente em cada item fosse igual ou superior a 75%, o item seria aceito sem alteração; proporções abaixo desse percentual deveriam acarretar revisão do item para ser aceito como parte integrante da escala.

A Fase de Execução foi efetuada pelo pesquisador responsável nas dependências do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, localizado no Hospital Universitário da instituição de ensino. A população-alvo constituía-se de 84 idosos, segundo os registros do Centro de Referência, os quais foram convidados a participar do estudo. A adesão deu-se de forma voluntária e gerou uma amostra de 53 idosos que contemplaram os critérios de inclusão. Não houve exclusão dos voluntários que aderiram ao projeto. A execução dos projetos limitou-se metodologicamente, diante do restrito horário de

disponibilidade dos respondentes nas instituições de saúde.

Terceiro momento: Análise dos dados

Os dados coletados foram obtidos no período de outubro de 2015 a março de 2016 e armazenados em planilhas de dados. Os escores das escalas do TAC-MI foram descritos estatisticamente na forma média e desvio-padrão.

Comparações de escores entre categorias da variável sexo foram realizadas por meio do teste de *Mann-Whitney*. O relacionamento entre os escores dos questionários do TAC-MI foi inspecionado por meio do coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s) e a consistência interna desses questionários foi avaliada pelo coeficiente alfa de *Cronbach*. As decisões estatísticas tomadas nos testes de hipóteses utilizaram o nível de significância de 5% (0,05).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro por meio do parecer substanciado nº 1.184.545 de 17 de julho de 2015. Foram obedecidos também todos os aspectos éticos e legais contidos na Declaração de Helsinque, na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 118/2012. Todos os participantes voluntários foram informados em linguagem acessível sobre o estudo proposto e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a plena compreensão.

RESULTADOS

Com base nos resultados encontrados no Estudo Piloto, ficou evidente a adequação da metodologia quando se observou um índice maior ou igual a 0,75% de concordância dos dados extraídos e recolhidos em todos os itens aplicados pelos profissionais, não havendo necessidade de ajuste.

Os achados na Fase de Execução, em relação ao perfil sociodemográfico, demonstram maioria do sexo feminino e de aposentados, e com baixo/médio percentual para escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da amostra (N=53). Niterói, RJ, 2016.

Variáveis	n (%)
Idade (média e desvio-padrão)	73,8 (\pm 6,6)
Sexo	
Masculino	14 (26,4)
Feminino	39 (73,6)
Etnia	
Branca	28 (52,8)
Negra	25 (47,2)
Escolaridade (anos)	
<5	20 (37,7)
1-5	9 (17,0)
5-8	16 (30,2)
>8	8 (15,1)
Ocupação	
Aposentado	37 (69,8)
Do lar	16 (30,2)
Estado civil	
Solteiro	7 (13,2)
Casado	27 (51,0)
Divorciado	5 (9,4)
Viúvo	14 (26,4)

Das proporções das respostas coletadas do questionário da Escala de Autopercepção, uma maioria respondeu que estava satisfeita e não apresentava dificuldades, incômodos e insegurança com a mastigação. O hábito de partir os alimentos, ter preferência por alimentos líquidos e pastosos, não ter cansaço para mastigar e dificuldades para engolir, também se apresentou em maior percentual. Destaca-se, baixa frequência quanto à consulta ao dentista e presença quase totalitária para realizar tratamento médico prolongado (Tabela 2).

Os escores produzidos, observadas as reversões de codificação dos itens, variaram, na amostra, de 5 a 19 pontos com média de 13,8 (\pm 3,4) e mediana de 14 pontos. A distribuição dos escores não apresentou pontuação que indicasse situação atípica. Não foi

evidenciada diferença estatisticamente significativa nos escores entre homens e mulheres, cujos valores medianos foram 14 e 13,5 pontos, respectivamente (teste de *Mann-Whitney* $U=236,5$; valor- $p=0,459$). Idade e escore da autopercepção apresentaram-se com correlação irrelevante ($r_s=0,115$) e sem significância estatística (valor- $p=0,410$). O valor do coeficiente alfa de *Cronbach* observado foi igual a 0,79, indicando boa confiabilidade do instrumento.

No questionário da Escala de Avaliação Clínica da Mastigação, a maioria apresentou alto percentual de cáries, próteses mal adaptadas, má oclusão, desgaste dentário, poucos dentes presentes na boca e flacidez dos tecidos moles. Observa-se igualdade percentual quanto à presença de engasgo, tosse e pigarro ao engolir (Tabela 3).

Tabela 2. Percentual de respostas dos idosos na execução da Escala de Autopercepção da Mastigação (N= 53). Niterói, RJ, 2016.

Itens	Descrição	n (%)*		valor-p
		Sim	Não	
A	Satisfação com a mastigação	31 (58,5)	22 (41,5)	0,169
B	Dificuldade ao mastigar os alimentos	24 (45,3)	29 (54,7)	0,583
C	Preferência por mastigar alimentos líquidos e pastosos	17 (32,1)	36 (67,9)	0,013**
D	Incômodo ou insegurança quando se alimenta	22 (41,5)	31 (58,5)	0,271
E	Dificuldade para engolir alimentos	19 (35,8)	34 (64,2)	0,053
F	Escape de alimentos pela boca durante a mastigação	8 (15,1)	45 (84,9)	<0,001**
G	Dor ou queimação durante a mastigação	7 (13,2)	46 (86,8)	<0,001**
H	Azia após engolir os alimentos	12 (22,6)	41 (77,4)	<0,001**
I	Ocorrência prévia de traumatismo na região bucal	3 (5,7)	50 (94,3)	<0,001**
J	Percepção do sabor dos alimentos	51 (96,2)	2 (3,8)	<0,001**
K	Reconhecimento da temperatura dos alimentos	53 (100)	0 (0)	<0,001**
L	Higiene oral realizada pelo próprio	53 (100)	0 (0)	<0,001**
M	Hábito de partir o alimento com as mãos na alimentação	13 (24,5)	40 (75,5)	<0,001**
N	Sentimento de cansaço ao mastigar os alimentos	8 (15,1)	45 (84,9)	<0,001**
O	Atualmente realiza tratamento médico prolongado	49 (92,5)	4 (7,5)	<0,001**
P	Permanência de alimentos na boca após a alimentação	17 (32,1)	36 (67,9)	0,005**
Q	Costume de morder a língua ou a bochecha na mastigação	18 (34,0)	35 (66,0)	<0,001**
R	Consulta recentemente ao dentista	19 (35,8)	34 (64,2)	0,053
S	Ocorrência de saída de alimentos pelo nariz ao engolir	1 (1,9)	52 (98,1)	<0,001**

*Base percentual: idosos com idade entre 60 e 90 anos; ** $p < 0,05$ (teste binomial).

Tabela 3. Percentual das respostas na execução da Escala de Avaliação Clínica da Mastigação (N= 53). Niterói, RJ, 2016.

Domínios	Itens	Descrição	n (%)*		valor-p
			Sim	Não	
Dentário	AA	Presença de 20 dentes naturais/implantados íntegros e funcionais na boca	16 (30,2)	37 (69,8)	0,013**
	AB	Utilização de prótese bem adaptada em áreas edentadas	15 (28,3)	38 (71,7)	0,002**
	AC	Aspecto oclusal em funcionamento harmônico	22 (41,5)	31 (58,5)	0,272
	AD	Presença de desgaste dentário comprometedor	10 (18,9)	43 (81,1)	<0,001**
	AE	Presença de mobilidade dentária	5 (9,4)	48 (90,6)	<0,001**
	AF	Alto nível de comprometimento por cárie dentária	12 (22,6)	41 (77,4)	<0,001**
Tecidos Moles	BA	Presença de alguma lesão estranha na região bucal	4 (7,5)	49 (92,5)	<0,001**
	BB	Presença de área edemaciada intraoral ou extraoral	2 (3,8)	51 (96,2)	<0,001**
	BC	Presença de sangramento intraoral ou extraoral	4 (7,5)	49 (92,5)	<0,001**
	BD	Presença de tecido cortado, perfurado e/ou dilacerado	0 (0)	53 (100)	<0,001**
	BE	Aspecto alterado da cor dos tecidos	3 (5,7)	50 (94,3)	<0,001**

continua

Continuação da Tabela 3

Salivar	CA	Presença de tecidos da boca ressecados	7 (13,2)	46 (86,8)	<0,001**
	CB	Hábito de engolir e/ou cuspir saliva	3 (5,7)	50 (94,3)	<0,001**
	CC	Saliva com aspecto muito viscoso	5 (9,4)	48 (90,6)	<0,001**
	CD	Presença de grande quantidade de tártaro	17 (32,1)	36 (67,9)	0,013**
	CE	Presença de aftas generalizadas pela boca	8 (15,1)	45 (84,9)	<0,001**
Deglutição	DA	Presença de engasgo, tosse e pigarro ao engolir	24 (45,3)	29 (54,7)	0,583
	DB	Presença de irritação generalizada nos tecidos posteriores da cavidade oral	6 (11,3)	47 (88,7)	<0,001**
	DC	Presença de halitose ao conversar	17 (32,1)	36 (67,9)	0,013**
	DD	Hábito frequente de respirar pela boca	13 (24,5)	40 (75,5)	<0,001**
	DE	Lábios selados ao engolir, assoprar ou sugar	40 (75,5)	13 (24,5)	<0,001**
Músculo/ Esquelético/ Articular	EA	Realização coordenada dos movimentos mandibulares ao mastigar ou falar	51 (96,2)	2 (3,8)	<0,001**
	EB	Presença de crepitação, salto ou estalido na região da ATM	19 (35,8)	34 (64,2)	0,053
	EC	Alguma dificuldade para falar	10 (18,9)	43 (81,1)	<0,001**
	ED	Flacidez dos tecidos moles da boca	36 (67,9)	17 (32,1)	0,013**
	EE	Ausência de tonicidade muscular na face	42 (79,2)	11 (20,8)	<0,001**
Proprio- ceptivo	FA	Presença de dor ou ardor na mastigação	11 (20,8)	42 (79,2)	<0,001**
	FB	Presença de sensibilidade quanto ao ato reflexo tactoceptivo, de estiramento e flexor	53 (100)	0 (0)	<0,001**
	FC	Presença de sensibilidade quando da percepção de alimentos salgados, doces, amargos e ácidos	52 (98,1)	1 (1,9)	<0,001**
	FD	Presença de sensibilidade quanto à percepção de alimentos quentes e frios	53 (100)	0 (0)	<0,001**

*Base percentual: idosos com idades entre 60 e 90 anos; ** $p < 0,05$ (teste binomial).

Os escores produzidos, observadas as reversões de codificação dos itens, variaram, na amostra, de 16 a 27 pontos com média de 21,8 ($\pm 3,2$) e mediana de 22 pontos. A distribuição dos escores não apresentou pontuação que indicasse situação atípica. Não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa nos escores de homens e mulheres, cujos valores medianos foram 22 pontos em ambos os grupos (teste de *Mann-Whitney* $U=265$; valor- $p=0,438$). Idade e escore da avaliação clínica apresentaram-se com correlação irrelevante ($r_s=0,119$) e sem significância estatística (valor- $p=0,397$). O valor do coeficiente alfa de Cronbach observado foi igual a 0,63. Com base no coeficiente de Spearman, os resultados das duas escalas apresentaram correlação forte ($p < 0,001$).

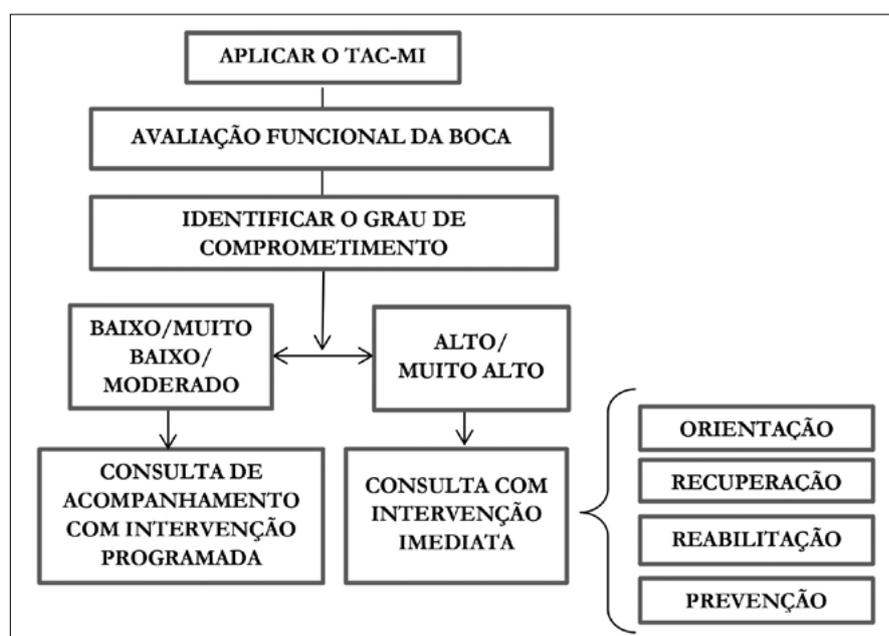
Construídas as categorias de análise definidas anteriormente, as percepções do teste foram transformadas em indicadores quantitativos, o que permitiu ao seu término a percepção do aspecto da cavidade bucal momentânea dos idosos frente à questão mastigatória. A Tabela 4 mostra a distribuição dos resultados da análise clínica encontrada quanto ao grau de comprometimento da mastigação dos idosos avaliados.

Após a aplicação do TAC-MI e diante do grau de comprometimento encontrado, estabeleceram-se um fluxo de encaminhamento para o paciente (Figura 1).

Tabela 4. Percentual de distribuição do grau de comprometimento da mastigação (N=53). Niterói, RJ, 2016.

Grau de comprometimento	n (%) [*]
Muito alto	6 (11,3)
Alto	10 (18,9)
Moderado	14 (26,4)
Baixo	12 (22,6)
Muito baixo	11 (20,8)

^{*}Base percentual: idosos com idades entre 60 e 90 anos.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de avaliação da mastigação do idoso. Niterói, RJ, 2016.

DISCUSSÃO

Considerando as dificuldades, impactos e respectivas queixas relatadas pelos pacientes idosos em nossa clínica diária, buscou-se realizar um estudo que avaliasse a insatisfação desses pacientes na realização de uma mastigação adequada dos alimentos².

Evidenciou-se a participação predominante do sexo feminino frente ao masculino, característica esta peculiar às mulheres no que se refere ao cuidado permanente de sua saúde no decorrer da vida¹⁶.

Com relação a variável relacionada à etnia, não foram constatadas discrepâncias entre as categorias observadas.

Durante a aplicação da Escala de Autopercepção, observou-se que a maioria respondeu estar satisfeito com a sua mastigação, não ter preferência por mastigar alimentos líquidos e pastosos e não apresentou incômodos ou insegurança ao se alimentar, conforme consta nos itens “A, C e D”, respectivamente. Entretanto, ao se aplicar a Escala de Avaliação Clínica, foram observadas algumas alterações, como próteses mal adaptadas, má oclusão

e ausência mínima de dentes para efetuar uma boa mastigação, conforme os itens “AB, AC e AA”, respectivamente.

O alto índice de edentulismo decorre do fato de que, por muito tempo, as más condições bucais desse grupo foram consideradas como normais com o avanço da idade¹⁷, evidência essa mais exacerbada em idades superiores a 70 anos¹⁸. A falta de dentes não é percebida pela maioria como fator prejudicial à capacidade de mastigação, pois essa não percepção deve-se à adaptação da alimentação, má utilização de próteses, mesmo essa condição não permitindo uma mastigação satisfatória¹⁹.

Observa-se frequentemente que a necessidade de substituição das próteses só ocorre mediante a presença de alguma lesão nos tecidos moles ou por inadequação na utilização diante do uso prolongado excessivo²⁰. É possível que os edentados brasileiros não tenham informação satisfatória sobre a necessidade de consultas regulares ao dentista para avaliação e manutenção de suas próteses^{21,22}.

Em consonância com os achados nesse estudo, alguns autores também observaram a predominância do edentulismo e a necessidade de substituição de prótese dentária para uso, denotando a precária condição nos idosos entrevistados, muito embora tenham relatado ótima ou boa percepção de sua saúde bucal^{23,24}.

Apesar de a maioria avaliar as condições de seus dentes, gengivas e próteses como boa ou excelente, concluiu-se que a autopercepção teve pouca influência nas condições clínicas, provavelmente por ser a dor aguda a sua principal referência como deterioração para correlacionar a um estado favorável ou não de sua mastigação. Fato este facilmente observado como um processo natural de adaptação durante o decorrer de sua vida, quando se faz restrição nas escolhas dos alimentos e se utiliza de hábitos alimentares inadequados^{25,26}.

Outra correlação observada foi que a maioria respondeu não apresentar dificuldades para engolir os alimentos durante a sua alimentação, conforme item “E” da Escala de Autopercepção. Entretanto, constatou-se, nos itens “ED e DA” da Escala de

Avaliação Clínica, percentual significativo que apresentava flacidez dos tecidos moles da boca e presença de engasgo, tosse e pigarro ao engolir.

Com base nos resultados do TAC–MI, observou-se que 30,2% se encontravam com grau de comprometimento muito alto e alto com relação a sua mastigação. Entretanto, com o decorrer do tempo, se os casos com grau de comprometimento moderado não sofrerem intervenção odontológica uma nova situação clínica comprometedoras poderá se instalar em, aproximadamente, 56,6% dos idosos investigados. Esta possibilidade é observada quando um elevado número confirma não ter procurado recentemente o tratamento odontológico, direcionando com mais frequência sua atenção aos serviços médicos para realizar o tratamento das doenças crônicas existentes, conforme respondido, respectivamente, nos itens “R” e “O” da Escala da Autopercepção.

Embora o aumento da expectativa de vida da população idosa seja um importante indicativo da melhoria da qualidade de vida, o processo de envelhecimento está atrelado a perdas fisiológicas e estruturais, as quais culminam no declínio da capacidade funcional e dependência do idoso²⁷. Esse fato torna-se mais preocupante quando se desvinculam de quaisquer cuidados com relação a saúde bucal, e direcionam sua atenção aos serviços médicos, não buscando os serviços odontológicos com mais frequência²⁸.

De acordo com os índices de alguns instrumentos existentes em outros países e utilizados como válidos para avaliar a saúde bucal, evidenciam-se perguntas direcionadas somente aos aspectos das limitações das áreas funcional, psicológica, social, da dor e qualidade de vida, que são respondidas apenas pela autopercepção do idoso, o que pode não retratar a realidade da clínica encontrada quanto à mastigação. Nesta conjectura temos: *Social Impacts of Dental Disease* (SIDD); *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI); *Dental Impact on Daily Living* (DIDL); *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP); *Oral Health Impact Profile* (OHIP); *Oral Health-related Quality of Life* (OHRQoL).

Observa-se também uma limitação de estudo na aplicabilidade desses índices, pois ora avaliam

em parte somente as estruturas teciduais da boca, ora somente os sentidos subjetivos do paciente diante da qualidade de vida, criando-se uma lacuna importante quanto as reais dificuldades e condições para se mastigar bem os alimentos e se obter uma boa alimentação. Outro aspecto observado está nas diferenças socioeconômicas e culturais entre os idosos, pois apresentam dificuldades em interpretar exatamente algumas perguntas constantes nesses índices²⁹, diante do inadequado conhecimento técnico sobre o assunto³⁰.

É necessário conhecer a realidade da saúde bucal do idoso, os instrumentos utilizados para essa verificação, assim como alguns fatores odontológicos que podem interferir diretamente na mastigação dessa população³¹.

Com base nos estudos existentes que utilizam a autopercepção para avaliar a saúde bucal e qualidade de vida dos idosos, os achados desta pesquisa contradizem as evidências dos resultados encontrados quando avaliamos o sistema estomatognático³². Futuros estudos deverão acompanhar a condição clínica desses pacientes³³, pois não há ainda uma padronização eficaz quanto ao método mais adequado para melhor compreender essas características³⁴. A *World Dental Federation* (FDI)³⁵ define a saúde bucal como sendo multifacetada, ao fornecer várias capacidades para serem avaliadas e comparadas em conjunto, e desenvolver uma base sólida de medições padrão.

O TAC-MI não só apresenta perguntas direcionadas aos variados aspectos da autopercepção, mas também em uma estrutura focada na avaliação clínica realizada pelo profissional, permitindo que se compare e constata a realidade encontrada na sua cavidade bucal, sem ficar restrita somente a opinião do paciente.

No delineamento da aplicação do teste, observa-se o surgimento de várias alterações impactantes que passam despercebidas pelos idosos e são

caracterizadas como normais diante das perdas que acumulam durante a vida, demonstrando que o serviço odontológico prestado falhou ou não chegou a existir.

Fica evidente a necessidade de se utilizar instrumentos de avaliação geriátrica como meios auxiliares precoces para rastreios específicos, melhor tomada de decisão aos cuidados e arranjos vinculados ao planejamento futuro e a possibilidade de minimizar ou eliminar as dificuldades apresentadas.

Neste sentido, espera-se que os resultados desse estudo colaborem como indicador de apoio válido e estratégico para a manutenção da mastigação do idoso, norteando a atuação clínica baseada em evidências.

CONCLUSÃO

Deve-se focar no atendimento odontológico do idoso, considerando o aumento de sua projeção de vida e os possíveis problemas comuns do envelhecimento que possam acometer, transformando sua mastigação em um bom indicador para um envelhecimento bem-sucedido e saudável.

Com relação às divergências nas informações prestadas, ficou evidenciado que o profissional não pode concluir o processo de análise da mastigação confiando, exclusivamente, nas respostas prestadas pelo idoso, quando da realização de uma autopercepção, pois fica sujeito a obter informações equivocadas.

Portanto, reforça-se a necessidade de uma visão gerontológica voltada à mastigação do paciente idoso quanto à necessidade de se ter um suporte profissional que garanta o acolhimento e a realização de ações de promoção, prevenção e proteção de sua saúde bucal, evitando situações de risco e vulnerabilidade diante da fragilidade que possa desenvolver no futuro.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Bulgarelli AF, Mestriner SF, Pinto IC. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):97-107.
2. de Oliveira BS, Delgado SE, Brescovici SM. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(3):575-87.
3. Dantas EHM, Santos CAS. Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade. Joaçaba: Unoesc; 2017.
4. Feijó AV, Rieder CRM. Distúrbios da deglutição em idosos. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. *Disfagia: avaliação e tratamento.* Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 225-32.
5. Santiago LM, Graça CML, Rodrigues MCO, dos Santos GB. Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. *Rev CEFAC.* 2016;18(5):1088-96.
6. Jales MA, Cabral RR, Silva HJ, Cunha DA. Características do sistema estomatognático em idosos: diferença entre instituição pública e privada. *Rev CEFAC.* 2005;7(2):178-87.
7. Chae S, Lee Y, Kim J, Chun KH, Lee JK. Factors associated with perceived unmet dental care needs of older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(11):1936-42.
8. Hamano T, Takeda M, Tominaga K, Sundquist K, Nabika T. Is accessibility to dental care facilities in rural areas associated with number of teeth in elderly residents? *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(3):1-6.
9. Lutfiyya MN, Gross AJ, Soffe B, Lipsky MS. Dental care utilization: examining the associations between health services deficits and not having a dental visit in past 12 months. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1-13.
10. Moysés SJ, Goes PSA, Organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.* São Paulo: Artes Médicas; 2012.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.* Brasília, DF: MS; 2012.
12. Serviço Social do Comércio, Departamento Nacional. *Manual técnico de educação em saúde bucal* [Internet]. Rio de Janeiro: SESC; 2007 [acesso em 22 out. 2016]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/315186267/Manual-Tecnico-de-Educacao-em-Saude-Bucal>
13. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol.* 1932;22(140):5-55.
14. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: the Index of ADL: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA.* 1963;185(12):914-9.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
16. Choi SH, Kim BI, Cha JY, Hwang CJ. Impact of malocclusion and common oral diseases on oral health-related quality of life in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2015;147(5):587-95.
17. Pucca JP, Alredo G. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: Netto MP. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 2002. p. 297-310.
18. León S, Bravo-Cavicchioli D, Giacaman RA, Correa-Beltrán G, Albala C. Valiation of the Spanish version of the oral health impact profile to assess an association between quality of life and oral health of elderly Chileans. *Gerodontology.* 2016;33:97-105.
19. Rosendo RA, Sousa JNL, Abrantes JGS, Cavalcante ABP, Ferreira AKTF. Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Rev Saúde Ciênc.* 2017;6(1): 89-102.
20. Petry J, Lopes AC, Cassol K. Autopercepção de condições alimentares de idosos usuários de prótese dentária. *CoDAS.* 2019;31(3):1-9.
21. Silva DA, Freitas YNL, Oliveira TC, Silva RL, Pegado CPC, Lima KC. Condições de saúde bucal e atividades da vida diária em uma população de idosos no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):917-29.
22. Kreve S, Anzolin D. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. *Rev Kairós Gerontol.* 2016;19(22):45-59.
23. Nogueira CMR, Falcão LMN, Nuto SAS, Saintrain MVL, Veira-Meyer APGF. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(1):7-19.
24. Ribeiro MGA, Sant'ana LLP, Souza LTR, Prado JP. Uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *ID Online.* 2018;12(42):1203-14.
25. Melo LA, Sousa MM, Medeiros AKB, Carreiro AFP, Lima KC. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(11): 3339-46.

26. Medeiros SL, Pontes MPB, Magalhães Jr HV. Autopercepção da capacidade mastigatória em indivíduos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(4):807-17.
27. Matsudo SMM, Matsudo VKR, Araújo TL. Perfil do nível de atividade física e capacidade funcional de mulheres maiores de 50 anos de idade de acordo com a idade cronológica. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2001;6(1):12-24.
28. Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saúde Pública.* 2018;52(44):1-9.
29. Bianco VC, Lopes ES, Borgato MH, Silva PM, Marta SN. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(4):2165-72.
30. Brasil. Centro Internacional de Longevidade. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: ILC Brasil; 2015.
31. Milagres CS. Autopercepção de saúde bucal em idosos: uma revisão sistemática [Monografia]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2015.
32. Mesas AE, Trelha CS, Azevedo MJ. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. *Physis.* 2008;189(1):61-75.
33. Burci LM, Miguel YD, Miguel OG, Souza AW, Dias JFG, Miguel MD. Prevalence of oral impacts on daily performances (OIDP) of elderly people in Curitiba-PR. *Braz Dent Sci.* 2016;19(4):63-71.
34. Silva DNM, Becker HMG, Couto EAB. Uma revisão integrativa dos aspectos da mastigação em idosos. *Rev Kairós Gerontol.* 2015;18(3):193-211.
35. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J.* 2016;66:322-4.