

Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil)

Impact of oral health in the daily life of institutionalized and non institutionalized elder in the city of Recife (PE, Brazil)

Eliane Helena Alvim de Souza ¹

Maria Bernadete Cavalcanti Bené Barbosa ²

Pierre Andrade Pereira de Oliveira ¹

Juliane Espíndola ¹

Karla Joselita Gonçalves ¹

Abstract *The objective of the study is to assess the influence of oral health in the daily routine of both institutionalized and non-institutionalized elders living in the city of Recife-PE, as well as to come to conclusions concerning the relevance level of oral health in both groups. In order to assess the perception of oral health, it was used the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). The GOHAI levels, concerning the perception, were categorized in: low (≤ 50), average (51 to 60) and high (57 to 60). Oral health conditions were represented by the DMFT index (with cavity, lost and repaired teeth). It was observed that the percentage of elderly with a GOHAI not higher than 50 (low perception of oral health) was rather higher in the non-institutionalized group than in the institutionalized (92,2% x 64,9%). The average DMFT and the number of lost teeth were higher in the institutionalized group (96,01% x 87,87%). The perception of oral health was lower for more than half of the examined elderly population, but there being a meaningful difference between the two groups concerning the GOHAI, with lower levels for the non-institutionalized group. The result of the perception of oral health was compatible with the high number of decayed and lost teeth.*

Key words *Oral health, Aged, Geriatric dentistry*

Resumo *Este artigo tem como objetivo avaliar a influência da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE), bem como verificar se a saúde bucal tem a mesma relevância para os dois grupos estudados. Para avaliar a percepção de saúde bucal, utilizou-se o índice Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). As faixas do GOHAI foram categorizadas em baixa percepção (≤ 50), média ou regular (51 a 60) e alta (57 a 60). As condições de saúde bucal foram representadas pelo índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados). Observou-se que o percentual dos que tinham o GOHAI até 50 pontos (baixa percepção de saúde bucal) foi bem elevado no grupo dos não institucionalizados em relação ao grupo dos institucionalizados (92,2% x 64,9%). As médias do CPO-D e do número de dentes perdidos foram correspondentemente mais elevadas no grupo de institucionalizados do que no grupo de não institucionalizados (96,01% x 87,87%). Conclusões: a percepção de saúde bucal foi baixa para mais da metade dos idosos examinados, existindo diferença significativa entre os dois grupos em relação à categoria do GOHAI, sendo os valores mais baixos encontrados para o grupo não institucionalizado. O resultado da percepção de saúde foi compatível com o grande número de dentes cariados e perdidos.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Idosos, Odontologia geriátrica*

¹Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. Av. General Newton Cavalcanti 1.650. 54753-220 Camaragibe PE. e.ha.souza@hotmail.com

² Universidade Estadual de Feira de Santana.

Introdução

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ estima que a população mundial é de 6.419.745.374 habitantes. Para o Brasil, a estimativa é de 183.078.240 habitantes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2025 o mundo terá cerca de 75% das pessoas com mais de 65 anos, caracterizando um aumento na faixa etária e na expectativa de vida². Esse aumento da população idosa torna necessária a criação de serviços que proporcionem uma melhor qualidade de vida a essa população. Para tanto, são fundamentais conhecimentos específicos, tanto no campo da medicina quanto no da odontologia. A saúde bucal, como parte integrante da saúde geral, deve merecer atenção especial. Há algum tempo, já existe a preocupação com a atenção à saúde bucal nas faixas etárias mais jovens, todavia é necessária a implantação de serviços de saúde integral também para os idosos. No Brasil, principalmente no serviço público, ainda são escassos os serviços especiais de atendimento odontológico ao idoso. A necessidade do desenvolvimento de uma política de promoção de saúde voltada para essa parcela da população é verificada em várias pesquisas que comprovam a carência desses serviços³⁻⁷.

Para atender a essa necessidade, no entanto, é fundamental entender como os idosos percebem e avaliam suas condições bucais, pois é essa percepção que condiciona o paciente a procurar o profissional⁸. É comprovado que, mesmo em países que mantêm programas dirigidos aos idosos, eles não procuram esses serviços porque não conseguem perceber suas necessidades. A principal razão para esse grupo não procurar o serviço odontológico é a não percepção de sua necessidade. Mesmo em países que mantêm programas dirigidos a idosos, eles não procuram esses serviços porque não conseguem perceber suas necessidades⁹. Com o objetivo de analisar a autopercepção dos pacientes em relação a sua saúde bucal, foi desenvolvido por Atchison e Dolan¹⁰ o **Geriatric Oral Health Assessment Index** (GOHAI), com perguntas sobre problemas bucais que afetam os aspectos funcionais e psicológicos do idoso. O objetivo desse estudo foi avaliar como o idoso percebe sua condição de saúde bucal e de que maneira isso influencia seu cotidiano, utilizando-se para tanto o índice GOHAI e o índice CPO-D, para confrontar as características clínicas dos idosos com a percepção que cada um tem em relação à própria saúde bucal.

Material e métodos

A coleta dos dados da pesquisa foi realizada por meio da realização de levantamento epidemiológico e da aplicação de questionário em pessoas com 60 anos ou mais. Idosos que apresentaram condições desfavoráveis de saúde, especialmente mental (inviabilizando a sua participação no estudo), foram excluídos da pesquisa. Os idosos foram subdivididos em dois grupos: o de idosos institucionalizados, residentes em dez casas geriátricas (filantrópicas/públicas) da cidade do Recife, e o de idosos não institucionalizados, idosos em atendimento nas Clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

No primeiro momento, foram feitas visitas às instituições geriátricas para o conhecimento do seu espaço físico, bem como para apresentação da equipe participante do estudo. Nas visitas subsequentes foram aplicados os questionários e feitos os exames clínicos. Os exames nas instituições geriátricas foram feitos no local onde se encontrava o idoso, fosse sentado numa cadeira, fosse deitado em seu leito, de acordo com as condições físicas de cada um. Os idosos não institucionalizados foram entrevistados nas salas de espera das clínicas da FOP, enquanto aguardavam atendimento.

Na primeira parte do formulário foram preenchidos os dados pessoais do entrevistado, sendo analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, situação marital e renda. Na segunda parte, foram respondidas as questões referentes à percepção de saúde bucal (índice GOHAI). Através do **Geriatric Oral Health Assessment Index** é possível se avaliar a saúde oral usando a própria percepção do paciente. O GOHAI apresenta 12 perguntas e as seguintes alternativas para resposta: sempre; frequentemente; às vezes; raramente e nunca, as quais podem ser categorizadas em três (1- sempre/frequentemente; 2- às vezes/raramente; 3- nunca). Das doze perguntas que compõem o índice, existem questões positivas (3, 5 e 7) e negativas (1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11 e 12). Para as questões positivas a pontuação é contada de maneira inversa, atribuindo-se o maior valor ao item sempre/frequentemente. As faixas do GOHAI foram categorizadas em baixa percepção (≤ 50), média ou regular (51 a 60) e alta (57 a 60). O indivíduo teria uma boa percepção se obtivesse o índice nos valores mais altos¹⁰.

O exame clínico foi realizado usando luz natural e/ou a luz artificial do ambiente. Para o afastamento das bochechas e dos lábios, foram utilizadas espátulas de madeira a fim de se obter uma

melhor visualização da cavidade bucal. Se o paciente fosse usuário de prótese, ela era removida antes do exame clínico e recolocada após o término deste. Para avaliação das condições orais do paciente, foi utilizado o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados). Também foram avaliados o uso e a necessidade de prótese dentária.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se técnicas de estatística descritiva (distribuições absoluta e percentual, média e desvio padrão) e de estatística inferencial (Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas, e teste T-Student com variâncias iguais ou desiguais).

Destaca-se que a verificação da hipótese de igualdade de variâncias foi verificada através do teste F para a finalidade específica.

A margem de erro dos testes foi de 5,0%, e o programa estatístico utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 11.

Resultados

Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição dos pesquisados segundo cada uma das variáveis gênero e faixa etária, segundo cada um dos grupos. Verifica-se que o sexo feminino foi predominante no grupo de institucionalizados (90,9%), enquanto no grupo não institucionalizado aproximadamente metade do grupo era de cada gênero, diferença esta que se revela significativa ($p < 0,05$).

Consideradas as faixas etárias limites de 61 a 69 anos e de 80 a 89 anos, as diferenças entre institucionalizados e não institucionalizados foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), em que os de mais idade prevaleceram no primeiro grupo (50,0% x 3,9%) e os de menor idade constituíram maioria no segundo (66,2% x 18,4%).

Na Tabela 2 analisam-se o estado civil e a escolaridade dos pesquisados segundo o grupo. Da tabela destaca-se que no grupo dos institucionalizados a maioria era composta de solteiros, nenhum era casado (ou morava junto) e 36,4% eram compostos de viúvos, enquanto no grupo de não institucionalizados o maior percentual correspondeu aos que eram casados/ou moravam juntos, o segundo maior percentual correspondeu aos viúvos e apenas 11,7% eram solteiros. No grupo de institucionalizados, o percentual de idosos sem escolaridade foi mais elevado entre os institucionalizados do que no grupo complementar; o contrário ocorreu com os que tinham de 5ª a 8ª séries. Diferenças significantes entre os dois grupos foram verificadas para cada uma das variáveis ($p < 0,05$).

O GOHAI no grupo de institucionalizados variou de 20 a 60 e teve média e desvio padrão respectivamente de 44,83 e 9,73 pontos. No grupo de não institucionalizados, a referida média variou de 18 a 56 pontos e teve média e desvio padrão de 40,86 e 7,93, respectivamente.

Na Tabela 3 analisa-se o GOHAI por grupo, utilizando-se dois pontos de corte. Verifica-se que o percentual dos que tinham o GOHAI até 50 foi bem elevado no grupo dos não institucionalizados em relação ao grupo complementar (92,2%

Tabela 1. Distribuição dos idosos pesquisados segundo o gênero e a faixa etária por grupo.

Variável	Grupo				Total		Valor de p
	Institucionalizado		Não institucionalizado		n	%	
	n	%	n	%			
Gênero							
Masculino	7	9,1	39	50,7	46	29,9	$p^{(1)} < 0,0001^*$
Feminino	70	90,9	38	49,3	108	70,1	
Total	77	100,0	77	100,0	154	100,0	
Faixa etária							
61 a 69 anos	14	18,4	51	66,2	65	42,5	$p^{(1)} < 0,0001^*$
70 a 79 anos	24	31,6	23	29,9	47	30,7	
80 a 89 anos	38	50,0	3	3,9	41	26,8	
Total	76	100,0	77	100,0	153	100,0	

* Associação significativa a 5,0%; ⁽¹⁾ Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

x 64,9%); o contrário ocorreu com os que tinham o GOHAI de 51 a 56, com percentual mais elevado no grupo dos institucionalizados (27,3% x 7,8%) – diferença significativa entre os dois grupos em relação à categoria do GOHAI ($p < 0,05$). Quando se analisa o GOHAI em duas faixas, observa-se que o percentual dos que tinham o GOHAI até 50 pontos foi bem elevado no grupo dos não institucionalizados em relação ao grupo dos institucionalizados (92,2% x 64,9%), e existe diferença significativa entre os dois grupos com referência à faixa do GOHAI.

Na Tabela 4, apresentam-se a média e o desvio padrão das variáveis dentes hígidos, CPO-D e

seus componentes: número de dentes cariados, dentes perdidos e obturados. Desta tabela destaca-se que as médias do CPO-D e do número de dentes perdidos foram correspondentemente mais elevadas no grupo de institucionalizados do que no grupo de não institucionalizados, o contrário ocorrendo com as médias do número de dentes cariados e de dentes obturados, que apresentaram médias correspondentemente mais elevadas no grupo dos não institucionalizados. Diferenças significantes foram registradas para CPO-D e para cada um dos componentes. Do valor do CPO-D, a maior contribuição percentual correspondeu ao número de dentes perdidos.

Tabela 2. Distribuição dos idosos pesquisados segundo o estado civil e a escolaridade por grupo.

	Grupo				Total		Valor de p
	Institucionalizado		Não institucionalizado		n	%	
	n	%	n	%			
Estado civil							
Solteiro	43	55,8	9	11,7	52	33,8	$p^{(1)} < 0,0001^*$
Divorciado/separado	6	7,8	8	10,4	14	9,1	
Casados/moram juntos	-	-	41	53,3	69	44,8	
Viúvo(a)	28	36,4	19	24,7	19	12,3	
Total	77	100,0	77	100,0	154	100,0	
Escolaridade							
Nenhuma	28	36,4	14	18,2	42	27,3	$p^{(2)} = 0,0145^*$
Até a 4ª série	39	50,7	41	53,2	80	51,9	
Da 5ª à 8ª série	10	13,0	17	22,1	27	17,5	
2º grau completo	-	-	2	2,6	2	1,3	
Curso superior	-	-	3	3,9	3	1,9	
Total	77	100,0	77	100,0	154	100,0	

* Associação significativa a 5,0%; ⁽¹⁾ Através do teste Qui-quadrado de Pearson; ⁽²⁾ Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 3. Distribuição dos idosos pesquisados segundo a classificação do índice GOHAI por grupo.

Índice GOHAI	Grupo				Total		Valor de p	OR a 95%
	Institucionalizado		Não institucionalizado		n	%		
	n	%	n	%				
GOHAI-1								
≤ 50	50	64,9	71	92,2	121	78,6	$p^{(1)} < 0,0001^*$	**
51 a 56	21	27,3	6	7,8	27	17,5		
57 a 60	6	7,8	-	-	6	3,9		
Total	77	100,0	77	100,0	154	100,0		
GOHAI-2								
≤ 50	50	64,9	71	92,2	121	78,6	$p^{(2)} < 0,0001^*$	1,00 6,39 (2,46 a 16,62)
51 a 60	27	35,1	6	7,8	33	21,4		
Total	77	100,0	77	100,0	154	100,0		

* Associação significativa a 5,0%; ** Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula; ⁽¹⁾ Através do teste exato de Fisher; ⁽²⁾ Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 5, analisam-se a média e o desvio padrão do CPO-D e dos componentes segundo o GOHAI e o grupo. Desta tabela destaca-se que a única diferença significativa entre as duas categorias do GOHAI ocorreu para o número de dentes perdidos no grupo de não institucionalizados, sendo que a média mais elevada ocorreu entre os pesquisados com GOHAI até 50. Com exceção de dentes cariados para o CPO-D e cada um dos demais componentes, existe uma diferença significativa entre os dois grupos nas duas categorias do GOHAI.

Segundo a Tabela 6, não se comprova diferença entre os gêneros para nenhum dos grupos ($p < 0,05$).

Como se vê na Tabela 7, as diferenças significantes entre as duas faixas etárias ocorreram para número de dentes cariados e perdidos no grupo 1, sendo que para dentes cariados a média mais elevada ocorreu entre os idosos com 60 anos ou mais, enquanto a média de dentes perdidos mais elevada ocorreu na faixa com 70 a 79 anos.

Discussão

A partir dos resultados encontrados, foi observada significativa diferença quanto ao sexo nos dois grupos estudados (idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados). Enquanto

Tabela 4. Estatística do número de dentes hígidos, cariados, perdidos, obturados e CPOD por grupo.

Número de dentes	Grupo		Valor de p
	Institucionalizado Média ± DP	Não institucionalizado Média ± DP	
Cariados	1,12 ± 2,37	1,73 ± 3,31	$p^{(1)} = 0,1901$
% da média do CPOD	3,69	6,88	
Perdidos	29,16 ± 4,80	22,09 ± 8,02	$p^{(1)} < 0,0001^*$
% da média do CPOD	96,01	87,87	
Obturados	0,09 ± 0,49	1,32 ± 2,98	$p^{(1)} = 0,0006^*$
% da média do CPOD	0,30	5,25	
CPOD	30,37 ± 3,07	25,14 ± 5,98	$p^{(1)} < 0,0001^*$
Hígidos	1,63 ± 3,07	6,86 ± 5,99	

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

Tabela 5. Estatística do número de dentes cariados, perdidos, obturados e o CPO-D segundo o GOHAI por grupo.

Dentes	GOHAI	Grupo		Valor de p
		Institucionalizado Média ± DP	Não institucionalizado Média ± DP	
Cariados	≤ 50	0,76 ± 2,00	1,66 ± 3,24	$p^{(1)} = 0,0610$
	51 a 60	1,78 ± 2,86	2,50 ± 4,32	$p^{(2)} = 0,6142$
Valor p		$p^{(1)} = 0,1077$	$p^{(2)} = 0,5547$	
Perdidos	≤ 50	29,68 ± 4,16	22,90 ± 7,21	$p^{(1)} < 0,0001^*$
	51 a 60	28,19 ± 5,78	12,50 ± 11,43	$p^{(1)} < 0,0189^*$
Valor p		$p^{(1)} = 0,2415$	$p^{(2)} = 0,0018^*$	
Obturados	≤ 50	0,04 ± 0,20	1,15 ± 2,35	$p^{(1)} = 0,0002^*$
	51 a 60	0,19 ± 0,79	3,33 ± 7,23	$p^{(1)} = 0,3352^*$
Valor p		$p^{(1)} = 0,3536$	$p^{(1)} = 0,4949$	
CPOD	≤ 50	30,48 ± 3,10	25,72 ± 5,09	$p^{(1)} < 0,0001^*$
	51 a 60	30,15 ± 3,06	18,33 ± 10,97	$p^{(1)} = 0,0458^*$
Valor p		$p^{(2)} = 0,6530$	$p^{(1)} = 0,1610$	

* Associação significativa a 5,0%; ⁽¹⁾ Através do teste t-Student com variâncias desiguais; ⁽²⁾ Através do teste t-Student com variâncias iguais.

no primeiro grupo foram entrevistados 7 homens (9,1%) e 70 mulheres (90,9%), no segundo a amostra foi mais equilibrada, constituída por 39 homens (50,7%) e 38 mulheres (49,3%). Participaram então do estudo 154 pessoas, sendo 108 mulheres e 46 homens. Para o grupo de institucionalizados o valor encontrado foi maior que o observado, para o mesmo grupo, nos estudos de Honkala *et al.*¹¹ e de Mojon *et al.*¹², em

que 70% da amostra estava constituída pelo sexo feminino. O maior percentual de mulheres pode ser atribuído ao fato de a expectativa de vida do sexo feminino ser superior à do sexo masculino. Já para o grupo não institucionalizado, o valor encontrado foi menor que o observado na pesquisa de Vianna *et al.*¹³, da ordem de 63,9%.

A idade variou de 60 a 89 anos nos dois grupos. A faixa etária de 80 a 89 anos foi a que apre-

Tabela 6. Estatística do número de dentes cariados, perdidos, obturados e o CPO-D segundo o sexo por grupo.

Dentes	Gênero	Grupo	
		Institucionalizado Média ± DP	Não institucionalizado Média ± DP
Cariados	Masculino	2,29 ± 3,20	1,82 ± 3,47
	Feminino	1,00 ± 2,27	1,63 ± 3,17
Valor p		p ⁽¹⁾ = 0,1723	p ⁽¹⁾ = 0,8040
Perdidos	Masculino	27,14 ± 6,52	21,21 ± 8,89
	Feminino	29,36 ± 4,61	23,00 ± 7,03
Valor p		p ⁽¹⁾ = 0,2475	p ⁽¹⁾ = 0,3297
Obturados	Masculino	0,14 ± 0,38	1,49 ± 3,63
	Feminino	0,09 ± 0,50	1,16 ± 2,16
Valor p		p ⁽¹⁾ = 0,7715	p ⁽¹⁾ = 0,6310
CPOD	Masculino	29,57 ± 3,82	24,51 ± 6,82
	Feminino	30,44 ± 3,01	25,79 ± 4,97
Valor p		p ⁽¹⁾ = 0,4775	p ⁽¹⁾ = 0,3522

Associação significativa a 5,0%.

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

Tabela 7. Estatística do número de dentes cariados, perdidos, obturados e CPO-D por grupo e a faixa etária.

Dentes	Faixa etária	Grupo	
		Institucionalizado Média ± DP	Não institucionalizado Média ± DP
Cariados	60 a 69 anos	3,64 ± 3,54	1,80 ± 3,38
	70 anos ou +	0,55 ± 1,59	1,58 ± 3,21
Valor p		p ⁽¹⁾ = 0,0064*	p ⁽²⁾ = 0,7779
Perdidos	60 a 69 anos	25,29 ± 6,31	21,82 ± 8,31
	70 anos ou +	30,00 ± 4,01	22,62 ± 7,56
Valor p		p ⁽¹⁾ = 0,0169*	p ⁽²⁾ = 0,6849
Obturados	60 a 69 anos	0,00 ± 0,00	1,59 ± 3,33
	70 anos ou +	0,11 ± 0,55	0,81 ± 2,10
Valor p		p ⁽¹⁾ = 0,1089	p ⁽¹⁾ = 0,2800
CPOD	60 a 69 anos	28,93 ± 3,73	25,22 ± 6,41
	70 anos ou +	30,66 ± 2,86	25,00 ± 5,13
Valor p		p ⁽¹⁾ = 0,0570	p ⁽²⁾ = 0,8821

* Associação significativa a 5,0%; ⁽¹⁾ Através do teste t-Student com variâncias desiguais; ⁽²⁾ Através do teste t-Student com variâncias iguais.

sentou maior percentual de indivíduos no grupo de idosos institucionalizados. Para o grupo de idosos não institucionalizados, o maior percentual foi verificado na faixa etária de 60 a 69 anos (66,2%). Esse valor foi significativamente menor no grupo dos idosos institucionalizados (18,4%). O contrário ocorreu na faixa dos que tinham 80 a 89 anos, que apresentou percentual mais elevado no grupo de idosos institucionalizados (50%). A faixa de 70 a 79 anos apresentou percentuais aproximados entre os dois grupos (31,6% institucionalizados e 29,9 não institucionalizados). A idade média encontrada no estudo de Mojon *et al.*¹² foi de 85 anos. No estudo de Vianna *et al.*¹³, a idade média encontrada foi mais baixa, 68,8 anos, com idades variando de 60 a 93 anos.

Em relação à escolaridade, foi observado que, dos idosos institucionalizados, um maior percentual foi encontrado para idosos que estudaram até a 4ª série (50,7%), sendo que 36,4% não possuíam nenhuma escolaridade e 13% estudaram da 5ª à 8ª séries. Nenhum dos idosos institucionalizados completou o segundo grau ou fez curso superior. Em relação aos idosos não institucionalizados, 18,2% nunca estudaram, 53,2% estudaram até a 4ª série, 22,1% estudaram da 5ª à 8ª séries, 2,6% completaram o segundo grau e 3,9% fizeram curso superior. Assim, 27,3% participantes do estudo não possuíam nenhuma escolaridade e três idosos fizeram curso superior. No estudo feito por Mojon *et al.*¹², mais da metade da população (56%) não possuía nenhum tipo de escolaridade e apenas um idoso tinha curso superior.

Do total de 154 idosos participantes do estudo, 33,8% eram solteiros, 9,1% eram divorciados/separados, 44,8% casados e 12,3% eram viúvos. Entre os idosos institucionalizados, o maior percentual (55,8%) foi de idosos solteiros, não havendo nenhum idoso casado nesse grupo; 36,4% eram compostos de viúvos. No grupo de idosos não institucionalizados, o maior grupo foi constituído de idosos casados (44,8%), o segundo maior percentual correspondeu aos viúvos e apenas 11,7% eram solteiros. Um maior percentual de idosos casados ou morando na mesma casa também foi encontrado nos estudos de Hunt *et al.*¹⁴, que afirmaram que 60% da população por eles estudada pertencia ao referido grupo.

Para o exame clínico, foi utilizado o índice CPO-D. Esse mesmo índice foi usado nos estudos de Marcus *et al.*¹⁵ e Shuller e Holst¹⁶. Enquanto Dowsett *et al.*¹⁷ encontraram na sua pesquisa 91,9% dos dentados com 21 a 32 dentes, Steele *et al.*¹⁸ encontraram apenas 10,5% da po-

pulação dentada com 21 dentes ou mais, e Thorstenson e Johansson¹⁹ afirmaram que a média de dentes na boca dos idosos examinados foi de 13,9, com apenas 24% apresentando 20 ou mais dentes. O estudo de Mojon *et al.*¹² teve um resultado bem menor, com 5 a 18 dentes na boca (média de 9 dentes), ao passo que o estudo de Pereira *et al.*²⁰ mostrou sua população com uma média de dois dentes cada um.

A cárie dentária permanece como uma das três infecções que mais acometem o mundo. Esta afirmação desperta para a necessidade de minimizar o quadro da doença^{11,21}. Uma pesquisa do Ministério da Saúde²² está de acordo com o afirmado por Honkala *et al.*¹¹ e Anusavice²¹, quando constataram, mesmo na faixa etária limitada de 50 a 59 anos, um valor crítico para o CPO-D de 27,2. Em relação ao presente estudo, os resultados ratificam essas pesquisas: o CPO-D médio para os idosos institucionalizados foi 30,37, enquanto para os idosos não institucionalizados esse valor foi mais baixo, 25,14. Esses valores são bem superiores ao valor encontrado no estudo de Honkala *et al.*¹¹ (CPO-D de 15,8) e um pouco maior que o encontrado no estudo de Milstein e Rudolph²³ (CPO-D de 23,4).

Thorstenson e Johansson¹⁹ encontraram 9,3% de dentes cariados em seu estudo. No presente estudo, esse valor foi inferior, tanto para o grupo de idosos institucionalizados (3,69%) como para o grupo dos idosos não institucionalizados (6,88%).

O percentual de edentulismo vem decaindo com os anos^{14,24}; no entanto, esse percentual ainda parece aumentar substancialmente com a idade^{14,25}. Tal percentual condiz com os resultados encontrados neste estudo, onde foram observados 96,01% de perda dental para os idosos institucionalizados e 87,87% para os idosos não institucionalizados.

Thorstenson e Johansson¹⁹ encontraram em seu estudo 62,2% dos dentes restaurados. Esse valor é bastante superior ao valor encontrado neste estudo: apenas 0,30% de dentes restaurados no grupo dos idosos institucionalizados e 5,25% de dentes restaurados nos idosos não institucionalizados. O valor superior de dentes restaurados encontrado no segundo grupo era esperado, visto que esse grupo foi constituído pelos idosos que procuraram atendimento nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

A percepção da condição de saúde bucal é um indicador importante da saúde dos indivíduos^{8,26,27,28,29}. A saúde oral dos indivíduos envolve a análise da percepção de saúde; esta se apre-

senta diretamente relacionada com a qualidade de vida da população^{29,30}. O GOHAI, ao apontar se algum problema no aspecto físico, psicológico e de desconforto está impedindo que o indivíduo desempenhe seu papel na sociedade³¹, reduz a saúde bucal à ausência de dor e infecção.

Steele *et al.*²⁸ afirmam que a perda de um ou mais dentes pode afetar a saúde oral do indivíduo e sua qualidade de vida. Desse modo, alguns estudos relacionam a autopercepção com vários fatores clínicos, como o número de dentes cariados, perdidos e restaurados. Tais afirmativas são compatíveis com o observado nos resultados para o índice GOHAI e o valor médio do CPO-D encontrado nos dois grupos estudados nesta pesquisa (30,37 – idosos institucionalizados; 25,14 – idosos não institucionalizados), visto que dos 154 idosos que responderam ao índice, 121 obtiveram o menor valor para a percepção de saúde (menor ou igual a 50).

A autopercepção da saúde pode sofrer influências socioculturais, psicológicas, da idade, da renda e do sexo do indivíduo^{8,30,32,33,34,35}.

As alterações na cavidade bucal afetam a população idosa, podendo dificultar a alimentação e a fonação, deixá-la suscetível à infecção e à perda dos contatos sociais, considerando o efeito positivo em relação ao conforto, à confiança e ao prazer de viver^{35,36,37,38}.

O índice GOHAI é capaz de mensurar a percepção de saúde do indivíduo com perguntas relacionadas à mastigação, ao convívio social e desempenho das funções do aparelho estomatog-

nático^{10,31}. Apesar da afirmação de alguns autores como Dolan³¹ e Sheiham³⁹ de que a saúde bucal está interligada com a saúde geral do indivíduo, Locker *et al.*³⁶ questionam até que ponto vai a relação entre saúde bucal pobre e comprometimento da qualidade de vida do idoso, enquanto Slade *et al.*²⁷ afirmam que os americanos examinados no seu estudo sofreram um grande impacto social devido à condição de saúde bucal. Já os canadenses e australianos examinados relataram um impacto regular nas suas vidas.

Conclusões

A partir dos dados obtidos, concluiu-se que:

- . a percepção de saúde bucal foi baixa para mais da metade da população dos idosos examinados;
- . o resultado da percepção de saúde foi compatível com o grande número de dentes cariados e perdidos;
- . houve diferença significativa entre os dois grupos em relação à categoria do GOHAI, sendo os valores mais baixos encontrados para o grupo não institucionalizado;
- . o alto índice de cárie e perda dentária altera as funções básicas influenciando o desempenho das atividades mais corriqueiras e, consequentemente, a qualidade de vida da população; e
- . a saúde bucal interfere em vários aspectos do cotidiano, sendo relatada a mastigação como o fator de maior relevância pelos pesquisados.

Colaboradores

EHA Souza foi responsável pela concepção da pesquisa e revisão final do artigo; MCB Barboza, pela confecção do artigo; PAP Oliveira, pelas análises estatísticas dos dados; J Espindola e KJ Gonçalves, pelo levantamento dos dados relativos à pesquisa.

Referências

1. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.
2. Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia* 1996; (1):81-89.
3. 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; 16:50-56.
4. Shinkai RSA, Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saude Publica* 2000; 16(4):1099-1109.
5. Berti M. *Autopercepção e avaliação das condições de saúde bucal de idosos* [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2002.
6. Silva DD, Souza MLR, Toledo R, Lisboa CM. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2002; 56(3):183-187.
7. Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):626-631.
8. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica* 2001; 35(4):349-355.
9. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:398-402.
10. Atchinson KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54:680-700.
11. Honkala E, Kolmakow S, Sainio P, Olshevsky VA, Hurskainen K. Caries experience and treatment need among adults responding to an invitation for dental examination and treatment in two Karelian communities in Russia. *Acta Odontol Scand* 1996; 54(3):171-175.
12. Mojon P, Budtz-Jorgensen C, Rapin CM. Relationship between oral health and nutrition in very old people. *British Geriatrics Society* 1999; 28:463-468.
13. Vianna KR, Mello MCS, Melo PCM. *Avaliação da necessidade de saúde bucal dos indivíduos da terceira idade, residentes no município de Camaragibe-PE* [monografia]. Camaragibe (PE): Faculdade de Odontologia de Pernambuco; 2001.
14. Hunt RJ, Beck JD, Lemke JH, Kohout FJ, Wallace RB. Edentulism and oral health problems among elderly Iowans: the Iowa 65 rural health study. *Am J Public Health* 1998; 84(11):1177-1181.
15. Marcus M, Reifel NM, Nakazono TT. Clinical measures and treatment needs. *Adv Dent Res* 1997; 11(2):263-271.
16. Shuller AA, Holst D. Oral status indicators DMFT and FS-T: reflections on index selection. *Eur J Oral Sci* 2001; 109(3):155-159.
17. Dowsett SA, Archila L, Kowolik MJ. Oral health status of an indigenous adult population of Central America. *Community Dental Health* 2001; 18(3):162-6.
18. Steele JG, Treasure E, Pitts NB, Morris J, Brad G. Total tooth loss in the United Kingdom in 1998 and implication for the future. *Br Dent J* 2000; 189(11):598-603.
19. Thorstensson H, Johansson B. Oral health in a population-based sample of the oldest-old: findings in twins 80 years and older in Sweden. *Swed Dent J* 2003; 27(2):49-57.
20. Pereira AC, Silva FRB, Meneghim MC. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada cidade de Piracicaba-SP. *Robrac* 1999; 8(26):17-21.
21. Anusavice KJ. Dental caries: risk assessment and treatment solutions for an elderly population. *Compend Contin Educ Dent* 2002; 23(Supl 10):12-20.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Nacional de Serviços de Saúde Pública; 1988.
23. Milstein L, Rudolph MJ. Oral health in an institutionalized elderly Jewish population. *SADJ* 2000; 55(6):302-306.
24. Budtz-Jørgensen E, Mojon P, Rentsch A, Roehrich N, von der Muehl D, Baehni P. Caries prevalence and associated predisposing conditions in recently hospitalized elderly persons. *Acta Odontol Scand* 1996; 54(4):251-256.
25. Fure S, Zickert I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60, 70, and 80 years old Swedish individuals. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:137-142.
26. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Austr Dent* 1994; 39:358-364.
27. Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res* 1996; 75(7):1439-1450.
28. Steele JG, Ayatollahi SMT, Walls AWG, Murray JJ. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:143-149.
29. Stewart DC, Ortega AN, Dausey D, Rosenheck R. Oral health and use of dental services among Hispanics. *J Public Health Dent* 2002; 62(2):84-91.
30. Locker D, Ford J, Leake JL. Incidence of and risk factors for tooth loss in a population of older Canadians. *J Den Res* 1996; 75(2):783-789.
31. Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *J Dent Educ* 1997; 61(1):37-46.
32. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med* 1980; 14A:597-605.
33. Weintraub JA, Burt BA. Oral health status in the United States: tooth loss and edentulism. *J Dent Educ* 1985; 49(6):368-376.
34. Montenegro LB, Manetta CE, Brunetti RF. Aspectos psicológicos de interesse: tratamento do paciente odontogeriátrico. *Atualidade em Geriatria* 1998; 3(17):6-10.

35. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *JADA* 2002; 124:84-91.
36. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res* 2000; 79(4):970-975.
37. Slavkin HC. Maturity and oral health: live longer and better. *JADA* 2000; 131:805-808.
38. Caldas Junior AF, Figueiredo ACL, Soriano EP, Sousa EHA, Melo JBG, Vilela AS. Prevalência de cárie e edentulismo em idosos do Recife – Pernambuco – Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2002; 6(2):113-122.
39. Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-250.

Artigo apresentado em 05/12/2007

Aprovado em 02/06/2008

Versão final apresentada em 10/06/2008