

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TAMIRYS PRIM PAULI

**SAÚDE BUCAL DE IDOSOS COM 80 ANOS OU MAIS NO MUNICÍPIO DE
ANTÔNIO CARLOS, SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS

2016

TAMIRYS PRIM PAULI

**SAÚDE BUCAL DE IDOSOS COM 80 ANOS OU MAIS NO MUNICÍPIO DE
ANTÔNIO CARLOS, SANTA CATARINA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia da
UFSC como requisito para graduação.**

**Orientadora: Ana Lúcia Schaefer Ferreira
de Mello**

FLORIANÓPOLIS

2016

Aos meus pais, José e Doraci, que me forneceram apoio, incentivo e amor, para que eu pudesse chegar até aqui e concluir mais essa etapa da minha vida. Vocês são grandes exemplos para mim!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela graça da vida, por ter me concedido saúde, capacidade, força e perseverança.

Aos meus pais, Doraci Helena Prim Pauli e José Felício Pauli, por toda a dedicação e carinho. Obrigada por cada palavra de apoio, por cada gesto de incentivo e amor, que foram fundamentais para eu chegar aqui.

Às minhas irmãs, Edriely Prim Pauli e Mayara Prim Pauli, pelo companheirismo e amizade.

Ao meu noivo, Felipe Schmitt Richartz, pela paciência, compreensão e incentivo durante minha formação acadêmica.

À minha avó, Maria de Lourdes Schappo Prim, pelo apoio e carinho.

À Prof.^a Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pela disponibilidade, atenção e orientação que a mim dispensou, essencial para a realização do estudo.

Ao município de Antônio Carlos (Santa Catarina), pelo auxílio na operacionalização da pesquisa.

A cada idoso que gentilmente participou do estudo.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram de alguma maneira para o vencimento desta etapa.

RESUMO

Objetivou-se comparar a condição, a autopercepção de saúde bucal e o padrão de utilização de serviços odontológicos de idosos, com 80 anos ou mais, em Antônio Carlos (Santa Catarina), nos anos 2011 e 2015. Trata-se de estudo com base domiciliar, longitudinal, descritivo, de abordagem quantitativa. Participaram 59 idosos, em 2011, que foram reexaminados em 2015. Foi aplicado uma versão adaptada do questionário utilizado no levantamento SB BRASIL 2010, complementado com índice OHIP-14 (*Oral Impact Health Profile*). Em ambos os anos investigados, o estudo constatou alta prevalência de idosos com 80 anos ou mais edêntulos e com limitada reabilitação protética. Observou-se padrões de higiene bucal deficientes, e conseqüentemente um aumento em 27% na presença de placa bacteriana visível a olho nu entre os exames. Outro aspecto clínico foi a diminuição significativa no número de dentes presentes no arco superior. Referente à utilização dos serviços odontológicos, o motivo da última consulta manteve-se semelhante em ambos os exames, sendo a confecção de próteses dentárias a principal razão apontada. Todavia, mesmo tratando-se do principal motivo, houve um aumento de 15,6% na necessidade de algum tipo de prótese nova inferior. Além disso, houve uma redução de 15,3% nas consultas realizadas por motivo de rotina. A sensação de boca seca aumentou 26,4%, e o desconforto para comer 35,5%. Conhecer as características da saúde bucal dos idosos nessa fase avançada da vida constitui-se uma oportunidade para se organizar a assistência a esse grupo etário de acordo com as suas reais necessidades, tornando possível assim, o planejamento e implementação de políticas públicas efetivas, que atendam as demandas da população idosa mais frágil, no âmbito da saúde bucal.

Descritores: Idoso; Saúde Bucal; Odontologia Geriátrica; Odontologia em Saúde Pública; Assistência Odontológica para Idosos.

ABSTRACT

This study aimed to compare the condition, the self-perception of oral health and the pattern of use of dental services for the elderly with 80 years or more in Antônio Carlos (Santa Catarina) in the years 2011 and 2015. This is a home-based study, longitudinal, descriptive with a quantitative approach. Participated 59 elderly in 2011, which were reexamined in 2015. It was applied an adapted version of the questionnaire used in the SB BRAZIL 2010 survey, complemented by OHIP-14 index (Oral Health Impact Profile). In both investigated years, the study found a high prevalence of edentulous elderly aged 80 or more and with limited prosthetic rehabilitation. It was observed poor oral hygiene standards and an increase of 27% in the presence of visible dental plaque between examinations. Another clinical aspect was the significant decrease in the number of teeth present in the upper arch. Regarding the use of dental services, the reason for the last visit remained similar in both exams, being the production of dental prostheses the main reason. However, even though this is the main reason, there was a 15.6% increase in the need for inferior new prosthesis. In addition, there was a reduction of 15.3% in consultations for routine reasons. The sensation of dry mouth increased 26.4%, and the discomfort to eat 35.5%. Knowing the characteristics of oral health of the elderly in this advanced stage of life constitutes an opportunity to organize dental care for this age group according to their actual needs. And also making possible the planning and implementation of effective public policies that meet the demands of the more fragile elderly population, in the context of oral health.

Keywords: Elderly; Oral Health; Geriatric Dentistry; Public Health Dentistry; Dental Care for Aged.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da amostra em relação às características de identificação. Antônio Carlos, 2011 e 2015.....	22
Tabela 2- Distribuição da amostra quanto à utilização de serviços odontológicos. Antônio Carlos, 2011 e 2015.....	23
Tabela 3- Distribuição da amostra em relação à higiene bucal. Antônio Carlos, 2011 e 2015.....	24
Tabela 4- Distribuição da amostra quanto à condição de saúde bucal. Antônio Carlos, 2011 e 2015.....	25
Tabela 5- Distribuição da amostra referente ao uso e necessidade de prótese no arco superior e inferior. Antônio Carlos, 2011 e 2015.....	27
Tabela 6- Distribuição da amostra quanto à autopercepção sobre a saúde bucal. Antônio Carlos, 2011 e 2015.....	28
Tabela 7- Distribuição da amostra quanto à autopercepção da saúde bucal. Antônio Carlos, 2011 e 2015.....	29

LISTA DE SIGLAS

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OHIP-14 -*Oral Impact Health Profile* com 14 itens

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. A CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS COM 80 ANOS E MAIS: revisão narrativa da literatura	14
3. OBJETIVO GERAL	17
4. MÉTODO	18
4.1 Caracterização do estudo	18
4.2 Local	18
4.3 Coleta de dados e participantes.....	19
4.4 Análise dos dados	20
4.5 Aspectos éticos	21
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	38
ANEXO B – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE ANTÔNIO CARLOS	39
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA A COLETA DOS DADOS	41

1. INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, a fisiologia do ser humano se torna mais complexa e, em conjunto com o processo de envelhecimento, há alterações funcionais e psicológicas que repercutem nas condições de saúde geral e bucal. Diante disso, a manutenção da saúde bucal de idosos é um desafio para os cuidadores e profissionais da saúde, em particular os da odontologia (CHALMERS et al., 2002; PETERSEN et al., 2010). Para realizar um atendimento odontológico adequado ao idoso é relevante considerar algumas limitações que estes apresentam. Entre elas podemos citar a baixa autoestima e a falta de motivação para o autocuidado, a presença de dor crônica, a dificuldade motora resultante de doenças degenerativas e a fragilidade aumentada com a idade (NIESTEN; VAN MOURIK; SANDEN, 2013).

Em relação à saúde bucal, alguns idosos mantêm seus hábitos de higiene bucal diariamente apesar de apresentarem dificuldades físicas. Isso é salutar, haja vista que continuar executando e suprimindo suas próprias necessidades possui um significado de autonomia e autocontrole, atrelados a preservação da autoestima. Além disso, percebe-se que aqueles que mantêm uma vida social ativa valorizam a manutenção da saúde bucal. Por outro lado, em virtude da dificuldade motora, depressão e esquecimento, que podem acometer esse grupo, existem casos em que a realização da higiene bucal mostra-se deficiente (NIESTEN; VAN MOURIK; SANDEN, 2013; MOREIRA et al., 2005; NEWMAN; GIFT, 1992; MARTINS; BARRETO; PORDEUS; 2007, 2008).

A negligência dos próprios idosos, dos familiares ou cuidadores com a saúde bucal também constitui uma dificuldade para se atingir uma condição de saúde bucal adequada, bem como bons hábitos de higiene bucal na população idosa. Segundo Mello e Padilha (2009), o procedimento mais realizado por esses, na maioria das vezes, é a escovação dos dentes, seguido pela limpeza das próteses, uso de antissépticos bucais, imersão das próteses e por último a limpeza da língua. Entre os obstáculos apontados para justificar a displicência com a saúde bucal estão o custo da assistência odontológica, a falta de cooperação dos familiares e dos idosos e a falta de tempo dos cuidadores.

A má higiene bucal está associada com a perda de dentes em idosos (SHIMAZAKI et al., 2003). Dessa forma, uma atenção especial deve ser dada ao fato de que idosos frágeis e dependentes não serem capazes de higienizar a boca ou as suas próteses sozinhos, requerendo

ajuda (GIL-MONTOYA et al., 2006). O estudo de Peltola, Vehkalahti e Simoila (2007) reforça essa ideia, pois quando as tarefas de higiene bucal em idosos hospitalizados foram atribuídas à equipe de enfermagem houve uma melhora na higiene bucal e das próteses. A proporção de idosos com má higiene passou de 80% para 48%.

Paralelo à precária higiene bucal, grande parte dos idosos não consulta mais o cirurgião dentista, mesmo aqueles que relatam problemas na boca ou são portadores de próteses parciais e/ou totais. Além do esforço para se deslocar até o consultório odontológico, muitos não acreditam em real benefício na visita ao profissional. Dessa forma, a ida ao cirurgião dentista não é prioridade, exceto nos casos de dor ou desconforto. Entre as barreiras estruturais que influenciam no comparecimento ao dentista, estão presentes a mobilidade e destreza reduzida, desorientação, falha na memória, dependência e falta de apoio de terceiros (NIESTEN; VAN MOURIK; SANDEN, 2013).

Em artigo de revisão sobre a importância da saúde bucal em idosos frágeis, van der Putten (2013) aponta que, em relação às doenças que acometem a cavidade bucal, a doença periodontal e a cárie dentária são responsáveis respectivamente pelas extrações dentárias em cerca de 30 a 35% e 50% dos casos, em pessoas com mais de 40 anos. O artigo firma que a prevalência de cárie em idosos que vivem na comunidade, varia entre 20 a 60%. Entre os fatores de risco para a incidência aumentada de cárie nessa fase, encontrados nos estudos incluídos, são citados algumas doenças sistêmicas que comprometem a capacidade funcional e cognitiva, dificultando assim o hábito de higienização bucal.

Segundo o estudo de Avlund et al. (2004), a função cognitiva comprometida de forma mais grave está associada à presença de lesões de cárie coronal, enquanto que o comprometimento leve da função cognitiva e diminuição da capacidade funcional estão associados a lesões de cárie radicular. Ademais, idosos com baixa função cognitiva possuem cinco vezes mais chance de não utilizar serviços odontológicos regularmente. A incidência de cárie radicular também aumenta com o passar da idade, devido à recessão gengival, que propicia a exposição de mais superfícies dentárias. A polifarmácia, muito comum nesta idade, pode gerar a hipossalivação e, conseqüentemente, influenciar na saúde bucal (LUNDGREN et al., 1997). Há diferença significativa entre o fluxo salivar estimulado e o não estimulado, entre pessoas que não tomam medicamentos e aqueles que tomam mais de quatro medicamentos por dia (NÄRHI et al., 1992). No estudo longitudinal de Lundgren et al. (1997), o número de dentes perdidos entre idosos de 88 a 92 anos foi maior entre aqueles que

utilizavam medicamentos de ação cardiovascular ou psicoativos, fato este atribuído à hipossalivação que esses medicamentos podem ocasionar.

Quanto à doença periodontal, dentre os fatores que a propiciam, além da má higiene bucal, podem ser apontados o tabagismo e o uso excessivo de álcool. O estudo de Moimaz et al. (2009), evidenciou que fumantes e ex-fumantes, adultos, possuíam, respectivamente, onze e nove vezes mais chance de estabelecer periodontite em comparação com as pessoas que não fumavam. Verificou também, que a dose e duração do hábito de fumar possuem influência sobre a doença. Já o álcool, está associado com o aumento da gravidade da doença periodontal. Segundo Tezal et al. (2001), adultos e idosos, que consomem cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas por semana tiveram maior probabilidade de ter um maior volume de sangramento gengival e severa perda de inserção clínica em comparação com aqueles que consomem menos de cinco doses por semana.

A mastigação e a percepção do sabor representam funções que habitualmente encontram-se alteradas no final da vida. Segundo Chen et al. (2013), os idosos no seu último ano de vida tendem a relatar mais problemas na mastigação e 7,24 vezes mais propensão a referir não possuir boa percepção do gosto. Eles conseguem compensar a função prejudicada, mascando por longos períodos de tempo ou engolindo partículas alimentares maiores. Todavia, a disfunção pode gerar mudanças nos hábitos alimentares. Por isso, pode ocorrer a diminuição da ingestão de nutrientes essenciais como proteínas, fibras, micronutrientes, vitaminas e caroteno (BUDTZ-JORGENSEN; CHUNG; RAPIN, 2001), substituídos por alimentos com baixo valor nutricional e potencialmente capazes de desencadear doenças na cavidade bucal, como a cárie e a erosão dentária (MOYNIHAN, 2005).

Haja vista os fatores apontados que interferem e impactam no cuidado da saúde bucal no idoso, a instituição de medidas de promoção de saúde bucal mostra-se algo extremamente relevante. Em um ensaio clínico randomizado de 18 meses de duração, observou-se uma menor prevalência de cárie coronal secundária e cárie radicular em idosos que participaram de atividades de promoção de saúde bucal, em comparação ao grupo controle, o qual apenas recebeu tratamento restaurador (MOJON et al., 1998).

Outrossim, a autopercepção da saúde bucal é uma ferramenta subjetiva que pode ser utilizada pelos cirurgiões dentistas para avaliar a condição de saúde bucal, as necessidades de tratamento não atendidas e os hábitos de higiene bucal preservados. Segundo Chen et al. (2013), os idosos no último ano de suas vidas relatam cerca de 2,9 vezes mais a má condição

de saúde bucal. Acredita-se que esse aumento seja explicado pelo declínio da saúde geral que ocorre no final da vida, evidenciando aos idosos além das mudanças sistêmicas, as bucais. Todavia, segundo o estudo de Niesten, van Mourik e Sanden (2013), os idosos avaliam sua saúde bucal de acordo com o que eles acreditam ser normal para a sua idade ou as doenças gerais que possuem. Dessa forma, há uma grande discrepância entre a autopercepção da saúde bucal de idosos em comparação com a real necessidade de tratamento e a utilização de serviços.

Segundo Petersen et al. (2010), a preservação da manutenção da saúde bucal deve iniciar na vida de qualquer indivíduo o mais precocemente possível, por meio da instituição de um estilo de vida saudável, exercendo o autocuidado e utilizando regularmente serviços de saúde bucal. Frente ao aumento da expectativa de vida, esses cuidados ganham ainda mais relevância nos idosos que atingem os 80 anos de idade ou mais, pois a manutenção da saúde bucal proporciona melhor qualidade de vida a esse grupo. Entretanto, segundo esse mesmo estudo, a saúde bucal de idosos é deficiente em vários países. Isso porque, muitos priorizam o tratamento convencional da doença ao invés da prevenção. Além disso, autoridades não têm como prioridade a formulação de políticas públicas em saúde bucal, não enfocam na saúde bucal dessa faixa etária, especificamente, e a disponibilidade e acesso aos serviços são limitados.

Dessa forma, torna-se relevante conhecer o estado de saúde bucal dos idosos com 80 ou mais anos, os comportamentos e o uso dos serviços de saúde, para se ter um panorama da situação e identificar os principais problemas. Com essas informações, o cirurgião dentista e os serviços de saúde podem buscar instituir ações inovadoras e resolutivas de intervenção em saúde bucal, tanto no âmbito curativo, de promoção ou prevenção, que satisfaçam da maneira mais adequada as necessidades desses idosos.

Assim, o presente estudo se propõe a responder a seguinte pergunta: **Qual é a condição e a autopercepção de saúde bucal, bem como o padrão de utilização de serviços odontológicos de idosos com 80 anos ou mais em um município de pequeno porte da zona rural, em Santa Catarina?**

2. A CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS COM 80 ANOS OU MAIS: revisão narrativa da literatura

Este capítulo apresenta o resultado de uma revisão narrativa da literatura científica, a partir da compilação de informações presentes em artigos publicados que tratavam especificamente da condição de saúde bucal de idosos com 80 anos ou mais, ou abordavam a temática da autopercepção de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos nessa faixa etária.

O estabelecimento de uma boa saúde bucal é parte integrante e fundamental para se ter uma saúde geral de qualidade. Dessa forma, Thorstensson e Johansson (2009) buscaram afirmar essa ideia pesquisando a relação entre a saúde bucal e a longevidade em indivíduos com mais de 80 anos. Houve duas associações significativas relacionadas à saúde bucal. Tanto a doença periodontal, como a presença de superfícies dentais deterioradas e restaurações, estavam associadas a menor longevidade.

Em um segundo estudo, Ansai et al. (2010) constataram que mulheres com perdas dentárias e mais de 80 anos, possuíam uma taxa de mortalidade 1,3 vezes maior após 4 anos de pesquisa, e 1,2 vezes maior após 5,5 anos, se comparado aos homens com perdas dentárias. Além disso, as variáveis Hábito de higiene bucal e Frequência de consultas ao cirurgião dentista apresentaram-se discordantes entre os sobreviventes e falecidos.

O edentulismo total ou parcial, a cicatrização retardada, a existência de comorbidades e a idade por si só podem alterar a conduta terapêutica na odontologia. O estudo de Imholz, Combescure e Scolozzi (2014), evidencia que a taxa de indicação cirúrgica, em casos de fratura facial, e a taxa de realização de procedimentos cirúrgicos diminui com o passar da idade. Em pacientes com mais de 81 anos apenas 12,5% dos idosos foram internados após o tratamento cirúrgico. Dado muito distinto ao encontrado na faixa etária dos 17 a 40 anos, onde 88,2% dos pacientes ficaram hospitalizados após o tratamento cirúrgico.

Outro procedimento odontológico, cuja indicação está atrelada a idade do paciente são as reabilitações com prótese dentária. Segundo o estudo de Hiltunen, Vehkalahti e Mantyl (2015) após a reabilitação de idosos de diversas faixas etárias, observou-se que a maioria destes receberam como tratamento principalmente reparos protéticos, seguido de confecção de prótese removível, prótese fixa compósito reforçada por fibra e, por último, prótese fixa. Logo, quanto mais velho, maior o número de reparos de próteses, correspondendo a 55,3% na faixa etária dos 60-64 anos, passando para 90% em idosos com 90 anos ou mais. Além disso,

todos os tipos de prótese dentária presentes no estudo tiveram seu uso diminuído com o passar da idade. Na faixa etária dos 60-64 anos, próteses removíveis, próteses fixas e próteses fixas de compósito reforçada por fibra, representavam, respectivamente, 48,9%, 25,7% e 12,7% dos casos. Na faixa etária dos 90 anos ou mais, passaram a representar 21,6%, 1,8% e 4,5%, respectivamente.

No entanto, segundo Unell et al. (2015), os idosos com 80 anos eram os maiores portadores de prótese parcial removível, correspondendo a 10%, se comparado aos com 70 anos, que somavam apenas 6%. Ademais, Morse et al. (2002) relataram que 90% dos idosos dentados com mais de 80 anos possuem uma coroa protética.

Essa grande quantidade de próteses unitárias aumenta em 6,1% a probabilidade de se ter cárie radicular ativa em superfícies radiculares expostas associadas a margens de coroas. Já nas situações sem associação com prótese, a chance aumenta em 3,3%. Cerca de 42% dos idosos com mais de 80 anos possuem pelo menos uma lesão de cárie radicular secundária contígua a margens de coroas. Entre as lesões de cárie radicular diagnosticadas, 19% se encontravam em dentes sem recessão gengival ou com menos de 1 mm de raiz exposta. E entre esses casos, 65% eram lesões contíguas com coroas protéticas e 23% com outros tipos de restaurações (MORSE et al., 2002).

Ainda sobre a cárie dentária, outro fator que influencia a sua incidência é a manutenção de uma vida social. Isso porque, para os idosos com mais de 80 anos, outras pessoas servem como modelos de comportamento. Tanto que, segundo Avlund et al. (2003), pessoas que vivem sozinhas ou que passaram a viver sozinhas tornaram-se 2,4 vezes mais suscetíveis em apresentar lesões de cárie coronal não tratadas. Outrossim, aquelas com baixa satisfação a respeito dos seus contatos sociais aumentaram quase três vezes a chance em ter cárie radicular.

Outra enfermidade que pode acometer a cavidade bucal é a doença periodontal. O estudo de Minagawa et al. (2015) associou a presença dessa doença com a Síndrome Metabólica. Essa Síndrome é composta por doenças que podem afetar os idosos como a obesidade abdominal, hiperglicemia, pressão arterial elevada e dislipidemia. Após análises dos dados, o estudo evidenciou que a Síndrome Metabólica está associada com a presença e severidade da periodontite nos idosos com mais de 80 anos. Acredita-se que sujeitos que possuem esta síndrome são mais hiperresponsivos à inflamação. Logo, na presença de agentes patogênicos periodontais, a pessoa se torna mais suscetível a desenvolver a periodontite.

A cárie e a doença periodontal mencionadas anteriormente podem ser agravadas pela hipossalivação, a qual pode ocorrer na cavidade bucal de idosos. A falta de saliva também dificulta a fala, a sensação do gosto e deglutição. Segundo Ichikawa et al. (2010), um dos motivos que faz com que haja a diminuição do fluxo salivar é o uso de medicamentos. Em seu estudo 64,7% dos indivíduos utilizavam medicamentos e o número médio destes foi de $2,08 \pm 2,26$. As drogas de ação cardiovascular somavam 50,3% dos casos, e as drogas de ação gastrointestinais e psicofármacos correspondiam a 33,4% e 16,0%, respectivamente. Inclusive, foi verificada uma diferença significativa entre a quantidade de saliva não estimulada e estimulada entre homens e mulheres, sendo que as mulheres tiveram níveis mais baixos do fluxo salivar. O volume de saliva não estimulada foi, respectivamente, para homens e mulheres, $0,16 \pm 0,15$ ml e $0,11 \pm 0,10$ ml. Já o volume de saliva estimulado foi, respectivamente, para homens e mulheres, $4,96 \pm 2,67$ ml e $3,67 \pm 2,25$ ml.

Outra queixa sobre a saúde bucal que pode ser feita pelos idosos refere-se à capacidade de mastigação. Idosos com 80 anos relataram pior capacidade mastigatória, se comparados com idosos de 70 anos (UNELL et al., 2015). A perda dentária, assim como a ausência ou desadaptação de próteses dentárias podem trazer disfunções durante a mastigação. Segundo Unell et al. (2015) a taxa de edentulismo aumentou de 3% para 7%, em idosos com 70 e 80 anos, respectivamente. Mesmo assim, a autopercepção sobre a capacidade mastigatória, foi considerada boa em ambas as faixas etárias. Poucos idosos que tinham todos os dentes ou apenas alguns dentes perdidos relataram sua mastigação como deficiente. Em contrassenso, 79% dos idosos com 80 anos que eram desdentados também avaliaram sua mastigação como boa. Apenas o equivalente a 7,8% dos idosos com 80 anos avaliaram sua capacidade mastigatória como ruim ou muito ruim.

Essa deficiência na mastigação pode levar os idosos a optarem por alimentos de fácil trituração e deglutição. Essas mudanças nas escolhas podem ocasionar uma deficiência nutricional no idoso. No estudo de Iwasaki et al. (2014) o carboidrato era responsável por 51,7% de todo o consumo alimentício dos idosos. Além disso, foi constatado que o grupo com próteses mal ajustada segundo autorrelato, ingeriu menor quantidade de proteína, potássio, cálcio, vitamina D, E, B6 e B12 do que o grupo com boa dentição. Foi presenciado também, menor consumo de vegetais, peixes e mariscos pelo grupo com próteses mal ajustadas ou com a dentição comprometida.

3. OBJETIVO GERAL

Comparar a condição e autopercepção de saúde bucal e padrão de utilização de serviços odontológicos de idosos com 80 anos ou mais no município de Antônio Carlos (Santa Catarina), nos anos de 2011 e 2015.

4. MÉTODO

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de natureza aplicada, de caráter descritivo, com delineamento longitudinal e abordagem quantitativa. Foi realizada uma comparação entre dois Levantamentos Epidemiológicos que ocorreram em períodos distintos, na cidade de Antônio Carlos, em Santa Catarina.

4.2 Local

O Município de Antônio Carlos está localizado a 32 quilômetros da capital catarinense e é o maior produtor de hortaliças do estado, tendo uma produção média anual de 150 toneladas (PREFEITURA DE ANTÔNIO CARLOS, 2016).

Em 2012, a população residente no município era cerca de 7.613 habitantes, sendo que a população idosa equivalia a aproximadamente 12,54% do total de residentes, aproximadamente dois pontos mais que o percentual de Santa Catarina e do Brasil (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). De acordo com dados do IBGE e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no ano 2000, Antônio Carlos era a segunda cidade do país e a primeira de Santa Catarina com maior expectativa de vida, sendo esta de 77,9 anos. Essa longevidade foi atribuída ao estilo de vida saudável, associado a boa alimentação e exercícios físicos. Ressalta-se também, o fato de muitos idosos continuarem a trabalhar na lavoura ou realizar os serviços domésticos (PREFEITURA DE ANTÔNIO CARLOS, 2016).

A cidade conta com uma Unidade de Saúde, localizada no centro do município, a qual oferta serviços de atenção básica e secundária, que atendem as demandas de saúde geral e também a saúde bucal da população. A Estratégia Saúde da Família (ESF) cobre todo o município, desde o ano 2000 (PREFEITURA DE ANTÔNIO CARLOS, 2016). Atualmente o município conta com dois cirurgiões dentistas clínicos gerais, trabalhando 20 horas por semana e um cirurgião dentista e um técnico de saúde bucal da ESF, ambos 40 horas semanais (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2016). Referente aos idosos, ações da ESF em conjunto com Grupos da 3ª Idade são serviços ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social que garantem a assistência à saúde e atividades físicas aos idosos (PREFEITURA DE ANTÔNIO CARLOS, 2016).

4.3 Coleta de dados e participantes

O primeiro Levantamento Epidemiológico intitulado “Levantamento das condições de Saúde Bucal dos Idosos de Antônio Carlos” foi realizado entre os anos de 2010 e 2011. A população do estudo foi constituída por todos os idosos, pertencentes da zona rural ou urbana, da cidade de Antônio Carlos que possuíam idade ≥ 60 anos e estavam cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2010. Para a faixa etária de 60 a 79 anos a amostra constituiu por amostragem probabilística, considerando cada área da ESF. Todos que possuíam 80 anos ou mais (que completaram 80 anos até 31 de maio de 2010) foram incluídos, totalizando 134 idosos. Houve uma perda de 23 idosos, por não estarem em casa no momento do exame (após duas tentativas), sendo assim naquele momento foram examinados 101 idosos com 80 anos ou mais.

Os dados foram coletados durante uma visita domiciliar, na qual foi aplicada uma versão adaptada do questionário utilizado no SB BRASIL 2010 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), complementado com algumas questões sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal medida pelo índice OHIP-14 (*Oral Impact Health Profile* com 14 itens). O trabalho de campo foi realizado por alunos de graduação e pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e pela coordenadora da referida pesquisa. Foi realizado treinamento prévio, para testagem, refinamento e calibração do questionário e exames clínicos. Os critérios para a perda de amostra foram: indivíduo ausente após pelo menos duas visitas domiciliares, impossibilidade de acesso ao domicílio devido às condições das estradas rurais e ausência de informante adequado.

O segundo Levantamento Epidemiológico, realizado em 2015, teve como população de estudo idosos com 80 anos ou mais que já haviam participado da pesquisa anteriormente citada. Dessa forma, se enquadravam nesse parâmetro 101 idosos. Destes, 42 idosos já haviam falecido, restando assim 59 idosos para serem incluídos. Apesar da intenção de avaliar todos os idosos, apenas 1 idoso não foi localizado, devido à mudança temporária para outro município. Dessa forma, o único critério de perda amostral foi o fato de o indivíduo estar ausente no município por mais tempo que o período de coleta dos dados.

O questionário utilizado foi reduzido e adaptado em relação ao do Levantamento Epidemiológico realizado em 2011 (Apêndice B). Os dados foram coletados por meio de visitas domiciliares por uma graduanda em Odontologia da Universidade Federal de Santa

Catarina (UFSC), acompanhada da Agente de Saúde de cada área. Da mesma forma que o estudo anterior, a entrevistadora passou por treinamento prévio pela orientadora.

Em algumas questões presentes no questionário foram adotados critérios para evitar vieses entre os dois exames realizados em 2011 e 2015. Primeiramente, caso o idoso necessitasse da ajuda de outrem para responder as questões propostas, foi considerado que o cuidador respondeu o questionário. No bloco referente a higiene bucal, foi questionado sobre o uso e a frequência do uso de fio-dental apenas para idosos com presença de dentes adjacentes na cavidade bucal. Quanto à condição de saúde bucal, era considerado o uso de prótese apenas quando a mesma estivesse sendo usada pelo paciente, no momento do exame.

Em relação à necessidade de prótese nova, haveria essa necessidade para os seguintes casos: idoso com a dimensão vertical diminuída, ausência de prótese, ausência de dentes na cavidade bucal, prótese presente, porém fraturada, e uso de próteses que estejam causando dor ou lesão na cavidade bucal. Foi categorizado como necessidade de prótese total apenas os idosos edêntulos em uma arcada ou em ambas. Assim, quando o idoso portava apenas 1 dente, foi considerado a necessidade de uma prótese com mais de um elemento. No exame realizado em 2015, no bloco sobre autopercepção da saúde bucal foram consideradas apenas as respostas dadas diretamente pelo idoso. Dessa forma, aqueles casos em que o cuidador respondeu o questionário foram excluídos. Todavia, como no exame realizado em 2011 a maioria dos questionários foi respondido pelo cuidador, para possibilitar a análise estatística, foram incluídas todas as respostas, sendo elas dadas tanto pelos idosos quanto pelo cuidador.

4.4 Análise dos dados

Os dados obtidos em ambos os exames foram transcritos para uma Planilha do Excel formando assim um banco de dados. Esse banco de dados foi processado pelo programa estatístico SPSS 9.0® (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*).

Realizou-se a análise estatística descritiva e inferencial das variáveis. A análise comparativa entre o exame realizado em 2011 e o outro realizado em 2015, foi feita por meio do Teste Macnemar para todas as variáveis presentes no estudo, exceto a variável referente ao número de dentes superior e inferior. Esse último obteve distribuição não normal. Dessa forma, utilizou-se o Teste de Wilcoxon para a análise comparativa. Foi adotado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

4.5 Aspectos Éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina aprovou as pesquisas (Anexo A). Em ambos os estudos, todos os sujeitos que aceitaram contribuir foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia do estudo, e posteriormente registraram a sua concordância em participar da pesquisa após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5. RESULTADOS

Do exame realizado em 2011 participaram 59 idosos, com no mínimo 80 anos, no máximo 93 e com média etária de 83,15 anos. Já no exame de 2015, a amostra obtida foi de 58 idosos, com no mínimo 85 anos, no máximo 98 e com média etária de 88,59 anos.

No exame de 2011, havia 30 idosos (50,8%) do sexo feminino e 29 (49,2%) do sexo masculino. Em 2015, essa variável se igualou, passando a ser 29 idosos (50,0%) em ambos os sexos. Na amostra do exame realizado em 2011, 13 idosos (22,0%) viviam sozinhos. No segundo exame, realizado em 2015, apenas 7 idosos (12,1%) continuavam vivendo sozinhos. Além disso, no primeiro exame, 35 idosos (59,3%) responderam o questionário aplicado, os outros 24 idosos (40,7%) delegaram essa tarefa ao cuidador, em alguma medida. Já em 2015, 53 idosos (91,4%) responderam diretamente o questionário aplicado. Apenas em 5 casos (8,6%) o cuidador respondeu pelo idoso. (Tabela 1)

Tabela 1 - Distribuição da amostra em relação às características de identificação. Antônio Carlos, 2011 e 2015.

Variáveis	Exame 2011		Exame 2015	
	N	%	n	%
Sexo				
Feminino	30	50,8	29	50,0
Masculino	29	49,2	29	50,0
Vive sozinho				
Sim	13	22,0	7	12,1
Não	46	78,0	51	87,9
Quem respondeu o questionário				
Idoso	35	59,3	53	91,4
Cuidador	24	40,7	5	8,6

(Fonte: Dados dos Levantamentos utilizados na pesquisa, 2011 e 2015.)

Em relação à utilização dos serviços odontológicos, o exame realizado em 2011, mostrou que 19 idosos (32,8%) afirmaram nunca ir ao dentista e 39 (67,2%) iam apenas quando tem algum problema, ocasionalmente ou regularmente. No exame de 2015, 27 idosos (46,6%) responderam que nunca iam ao dentista e 31 (53,4%) somente quando tem algum problema, ocasionalmente ou regularmente.

Em 2011, segundo 35 idosos (62,5%), a última consulta odontológica foi realizada a mais de 3 anos. Em 2015, este número subiu para 44 idosos (77,2%). Quanto ao local do último atendimento odontológico, o mesmo foi realizado em serviço público para 8 idosos (14,3%) no exame de 2011 e 13 idosos (22,8%) no exame de 2015. Os outros 48 idosos

(85,7%) do primeiro exame e 44 (77,2%) do segundo exame foram atendidos em serviço privado ou outra categoria. E por fim, como motivo da última consulta odontológica em ambos os exames predominou a confecção de prótese, sendo 33 idosos (56,9%) em 2011 e 32 (56,1%) em 2015. Além disso, 14 idosos (24,1%) foram pela última vez ao dentista devido uma consulta de rotina. Já em 2015, esse número reduziu consideravelmente, para apenas 5 idosos (8,8%). Houve diferença estatística entre os dois exames apenas para a variável motivo da última consulta ($p < 0,5$). (Tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto a utilização de serviços odontológicos. Antônio Carlos, 2011 e 2015.

Variáveis	Exame 2011		Exame 2015		p
	N	%	N	%	
Acesso ao dentista					
Nunca vou ao dentista	19	32,8	27	46,6	0,281
Quando tem algum problema/Ocasionalmente/Regularmente	39	67,2	31	53,4	
Local do último atendimento					
Serviço público	8	14,3	13	22,8	0,146
Serviço privado/ Outros	48	85,7	44	77,2	
Quando foi atendido					
Mais de três anos	35	62,5	44	77,2	0,118
Menos de três anos	21	37,5	13	22,8	
Motivo da consulta ao dentista					
Confecção de prótese	33	56,9	32	56,1	0,032
Consulta de rotina	14	24,1	5	8,8	
Outros	11	19,0	20	35,1	

(Fonte: Dados dos Levantamentos utilizados na pesquisa, 2011 e 2015.)

A tabela 3 apresenta a distribuição da amostra em relação à higiene bucal. No exame realizado em 2011, 58 idosos (98,3%) responderam que possuíam capacidade para fazê-la sozinhos. Apenas 1 pessoa (1,7%), negou essa capacidade. Em 2015, 50 idosos (90,9%) afirmaram conseguir fazer a higiene bucal sozinhos e 5 idosos (9,1%) o contrário (Tabela 3).

Quanto a frequência de escovação dos dentes, em 2011, 17 idosos (53,1%) relataram escovar os dentes uma vez por dia ou menos; 15 idosos (46,9%) escovavam duas vezes por dia ou mais. No exame de 2015, 16 idosos (61,5%) responderam escovar os dentes uma vez por dia ou menos; 10 idosos (38,5%) duas vezes por dia ou mais (Tabela 3).

Para aqueles que utilizavam prótese, em 2011 e 2015, 22 idosos (44,0% e 50,0%, respectivamente) escovavam a prótese uma vez por dia ou menos. E escovavam a prótese duas vezes por dia ou mais, 28 idosos (56,0%) em 2011 e 22 (50,0%) em 2015 (Tabela 3).

Em relação ao fio dental, no exame realizado em 2011, apenas 1 idoso (3,8%) respondeu usar fio dental, sendo a frequência de uso de uma vez a cada três ou quatro dias; 25 idosos (96,2%) relataram não usar. Em 2015, apenas 1 idoso (5,9%) também relatou usar fio dental, com a frequência de 2 vezes por dia; 16 idosos (94,1%) admitiram não usar. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos de exame neste bloco de variáveis (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra em relação a higiene bucal. Antônio Carlos, 2011 e 2015.

Variáveis	Exame 2011		Exame 2015		p
	n	%	n	%	
Capacidade de fazer a higiene bucal sozinho					
Sim	58	98,3	50	90,9	0,219
Não	1	1,7	5	9,1	
Frequência de escovação dos dentes					
Uma vez por dia ou menos	17	53,1	16	61,5	1,000
Duas vezes por dia ou mais	15	46,9	10	38,5	
Frequência de escovação da prótese					
Uma vez por dia ou menos	22	44,0	22	50,0	0,289
Duas vezes por dia ou mais	28	56,0	22	50,0	
Uso de fio dental					
Sim	1	3,8	1	5,9	1,000
Não	25	96,2	16	94,1	
Frequência de uso de fio dental					
Menos que uma vez por semana	-	-	-	-	-
Uma vez por semana	-	-	-	-	
Uma vez a cada três ou quatro dias	1	100,0	-	-	
Uma vez por dia	-	-	-	-	
Duas vezes por dia	-	-	1	100,0	

(Fonte: Dados dos Levantamentos utilizados na pesquisa, 2011 e 2015.)

A distribuição dos idosos de acordo com a condição de saúde bucal é apresentada na tabela 4. Observa-se que ambos exames mostraram que grande parte dos idosos relatou a ausência de dor na boca no momento da entrevista, somando-se 55 idosos (93,2%) em 2011 e 53 (91,4%) em 2015. Além disso, em 2011, 6 idosos (10,7%) apresentavam candidíase na cavidade bucal. Em 2015, essa doença foi diagnosticada em 12 idosos (21,4%).

A sensação de boca seca, em 2011, foi relatada por 17 idosos (28,8%). Número este que aumentou consideravelmente no exame realizado em 2015, no qual 32 idosos (55,2%) sentiam boca seca. No exame de 2011, 56 idosos (96,6%) relataram ter extraído pelo menos um dente nos últimos 5 anos. Já em 2015, 14 idosos (24,1%) haviam extraído algum dente nos últimos 5 anos. No exame de 2011, foi verificado presença de placa visível em dentes ou

prótese de 40 idosos (69,0%). No exame de 2015, esse número passou para 48 idosos (96,0%). Houve diferença estatística para essas três últimas variáveis ($p < 0,01$). (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto à condição de saúde bucal. Antônio Carlos, 2011 e 2015.

Variáveis	Exame 2011		Exame 2015		P
	N	%	N	%	
Dor na boca ou nos dentes					
Sim	4	6,8	5	8,6	0,727
Não	55	93,2	53	91,4	
Boca seca					
Sim	17	28,8	32	55,2	0,001
Não	42	71,2	26	44,8	
Extração nos últimos cinco anos					
Sim	56	96,6	14	24,1	0,000
Não	2	3,4	44	75,9	
Placa visível					
Sim	40	69,0	48	96,0	0,000
Não	18	31,0	2	4,0	
Diagnóstico de Candidíase					
Sim	6	10,7	12	21,4	0,267
Não	50	89,3	44	78,6	

(Fonte: Dados dos Levantamentos utilizados na pesquisa, 2011 e 2015.)

Em relação a ausência ou presença de dentes, o exame realizado em 2011 constatou que 48 idosos (81,4%) não possuíam dentes no arco superior. Já no arco inferior, 25 idosos (42,4%) não possuíam dentes. Em relação aos indivíduos dentados, 11 idosos possuíam no mínimo 2 dentes e no máximo 10 dentes no arco superior. A média de dentes no arco superior foi de 4,18 dentes e a mediana de 4 dentes. No arco inferior, 34 indivíduos possuíam no mínimo 1 dente e no máximo 11 dentes. A média de dentes no arco inferior foi de 4,97 dentes e a mediana de 4,50 dentes. Em 2015, o número de indivíduos edêntulos totais no arco superior e inferior era de 49 (86,0%) e 33 (57,9%), respectivamente. Em relação aos idosos dentados, no arco superior havia 8 idosos com no mínimo 1 dente e no máximo 9 dentes. A média de dentes era de 3,38 e a mediana de 2 dentes. Já no arco inferior, 24 idosos possuíam dentes. O mínimo de dentes era 1 e o máximo 10. A média foi de 5,08 dentes e a mediana de 5 dentes. Verificou-se um aumento na média e mediana do número de dentes inferiores, pois diminuiu consideravelmente o número de idosos dentados no segundo exame. Houve diferença estatística em relação ao número de dentes superiores entre os dois exames ($p < 0,05$). Entretanto, não ocorreu diferença estatística quanto ao número de dentes inferiores ($p = 0,059$).

Já no que se refere ao uso de prótese na arcada superior, os dados da tabela 5 mostram que em 2011, 11 idosos (18,6%) não utilizavam prótese nesse arco. Outros 6 (10,2%), portavam prótese parcial removível e 42 idosos (71,2%), prótese total. No exame de 2015, 12 idosos (21,1%) não usavam prótese na arcada superior, 3 (5,3%) utilizavam prótese parcial removível e 42 (73,7%), prótese total. Em relação ao uso de prótese no arco inferior, 34 idosos (57,6%) não utilizavam prótese, 11 (18,6%) utilizavam prótese parcial removível e 14 (23,7%) prótese total. Em 2015, o número de idosos que não utilizavam prótese no arco inferior manteve-se o mesmo (34; 59,6%), 8 (14,0%) utilizavam prótese parcial removível e 15 (26,3%) prótese total.

Quanto a necessidade de confecção de uma nova prótese na arcada superior no exame de 2011, 33 idosos (55,9%) não necessitavam. Cinco (8,5%) precisavam de uma prótese com mais de um elemento ou combinação de próteses e 21 idosos (35,6%) precisavam de uma prótese total superior. No exame de 2015, 28 idosos (50,0%) não necessitavam de próteses novas. Cinco idosos (8,9%) precisavam de uma prótese de mais de um elemento ou combinação de próteses; 23 idosos (41,1%) de uma prótese total. Sobre o arco inferior, no exame de 2011, 24 idosos (40,7%) não necessitavam de uma prótese nova, 21 (35,6%) precisavam de uma prótese com mais de um elemento ou combinação de próteses; 14 idosos (23,7%) de uma prótese total. No exame de 2015, 17 idosos (30,4%) não precisavam de nova prótese, outros 17 idosos (30,4%) precisavam de uma prótese com mais de um elemento ou combinação de próteses e por fim, 22 (39,3%) necessitavam de uma prótese total nova. Houve diferença estatística entre os exames de 2011 e 2015 apenas para a variável referente a necessidade de prótese inferior ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra referente ao uso e necessidade de prótese no arco superior e inferior. Antônio Carlos, 2011 e 2015.

Variáveis	Exame 2011		Exame 2015		p
	N	%	N	%	
Uso de prótese na arcada superior					
Não usa	11	18,6	12	21,1	0,223
Uma ponte fixa	-	-	-	-	
Mais de uma ponte fixa	-	-	-	-	
Prótese parcial removível	6	10,2	3	5,3	
Prótese fixa mais removível	-	-	-	-	
Prótese total	42	71,2	42	73,7	
Uso de prótese na arcada inferior					
Não usa	34	57,6	34	59,6	0,392
Uma ponte fixa	-	-	-	-	
Mais de uma ponte fixa	-	-	-	-	
Prótese parcial removível	11	18,6	8	14,0	
Prótese fixa mais removível	-	-	-	-	
Prótese total	14	23,7	15	26,3	
Necessidade da prótese na arcada superior					
Não necessita	33	55,9	28	50,0	0,368
Prótese de um elemento	-	-	-	-	
Mais de um elemento/ Combinação de próteses	5	8,5	5	8,9	
Prótese total	21	35,6	23	41,1	
Necessidade de prótese na arcada inferior					
Não necessita	24	40,7	17	30,4	0,019
Prótese de um elemento	-	-	-	-	
Mais de um elemento/ Combinação de próteses	21	35,6	17	30,4	
Prótese total	14	23,7	22	39,3	

(Fonte: Dados dos Levantamentos utilizados na pesquisa, 2011 e 2015.)

A tabela 6 apresenta a distribuição da amostra segundo a autopercepção da saúde bucal dos idosos que participaram do estudo. No exame de 2011, 7 idosos (21,2%) acreditavam ter problemas na gengiva e/ou osso; em 2015, apenas 2 idosos (7,7%). Em relação a satisfação com a aparência dos seus dentes ou próteses, 48 idosos (81,4%) em 2011 e 44 idosos (83,0) em 2015 estavam muito satisfeitos ou satisfeitos com sua aparência. Quanto a saúde bucal, 45 idosos (76,3%) em 2011 e 46 idosos (86,8%) em 2015 autoavaliaram sua saúde bucal como excelente, muito boa ou boa. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos de exame neste bloco de variáveis (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto a autopercepção sobre a saúde bucal. Antônio Carlos, 2011 e 2015.

Variáveis	Exame 2011		Exame 2015		p
	N	%	N	%	
Problemas na gengiva e ósseo					
Sim	7	21,2	2	7,7	0,375
Não	26	78,8	24	92,3	
Satisfação com a aparência dos dentes e/ou próteses					
Muito satisfeito/ Satisfeito	48	81,4	44	83,0	1,000
Insatisfeito/Muito insatisfeito/Não sei	11	18,6	9	17,0	
Autoavaliação da saúde dos dentes e boca					
Excelente/ Muito boa/ Boa	45	76,3	46	86,8	0,302
Razoável/ Ruim	14	23,7	7	13,2	

(Fonte: Dados dos Levantamentos utilizados na pesquisa, 2011 e 2015.)

Os idosos também responderam sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em ambos exames. A única variável que apresentou diferença estatística entre os dois exames foi relativa ao desconforto para comer ($p= 0,000$). Em 2011, 51 idosos (86,4%) responderam que nunca, quase nunca ou ocasionalmente sentiam desconforto na hora de se alimentar. Já em 2015, esse número diminuiu para 27 idosos (50,9%). As outras variáveis mantiveram basicamente o mesmo predomínio de resposta em ambos exames (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra quanto à autopercepção da saúde bucal. Antônio Carlos, 2011 e 2015.

Variáveis	Exame 2011		Exame 2015		p
	n	%	N	%	
Dificuldade para pronunciar alguma palavra					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	57	96,6	51	96,2	1,000
Algumas vezes/ Sempre	2	3,4	2	3,8	
Incapacidade de sentir gosto dos alimentos					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	54	91,5	48	90,6	1,000
Algumas vezes/ Sempre	5	8,5	5	9,4	
Dor na boca					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	55	93,2	50	94,3	1,000
Algumas vezes/ Sempre	4	6,8	3	5,7	
Desconforto para comer					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	51	86,4	27	50,9	0,000
Algumas vezes/ Sempre	8	13,6	26	49,1	
Preocupação					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	57	96,6	53	100,0	-
Algumas vezes/ Sempre	2	3,4	-	-	
Autoavaliação de tensão					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	57	96,6	53	100,0	-
Algumas vezes/ Sempre	2	3,4	-	-	
Alimentação insatisfatória					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	46	80,7	39	73,6	0,424
Algumas vezes/ Sempre	11	19,3	14	26,4	
Interrupção das refeições					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	59	100,0	52	98,1	-
Algumas vezes/ Sempre	-	-	1	1,9	
Dificuldade para relaxar					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	57	96,6	53	100,0	-
Algumas vezes/ Sempre	2	3,4	-	-	
Vergonha					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	54	91,5	50	94,3	1,000
Algumas vezes/ Sempre	5	8,5	3	5,7	
Irritação com outras pessoas					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	57	96,6	53	100,0	-
Algumas vezes/ Sempre	2	3,4	-	-	
Dificuldade em realizar suas atividades habituais					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	58	98,3	53	100,0	-
Algumas vezes/ Sempre	1	1,7	-	-	
Insatisfação com a vida					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	58	98,3	42	79,2	-
Algumas vezes/ Sempre	1	1,7	11	20,8	
Incapacidade total de realização das atividades					
Nunca/ Quase nunca/Ocasionalmente	59	100,0	53	100,0	-
Algumas vezes/ Sempre	-	-	-	-	

(Fonte: Dados dos Levantamentos utilizados na pesquisa, 2011 e 2015.)

6. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo comparar condição e autopercepção de saúde bucal e padrão de utilização de serviços odontológicos de idosos com 80 anos ou mais no município de Antônio Carlos (Santa Catarina), nos anos de 2011 e 2015. Como resultados algumas características foram identificadas, apresentando diferença estatística significativa entre os anos avaliados. Estas características consideram dimensões clínicas como a presença de placa visível e necessidade de prótese na arcada inferior, mas também possuem carácter subjetivo como desconforto para comer, sensação de boca seca e extração dentária nos últimos 5 anos, bem como estão relacionadas à utilização de serviços como o motivo da última consulta com o dentista.

Estudos mostram que a ausência de elementos dentais traz impactos negativos na qualidade de vida das pessoas, tanto diretamente, na realização das funções orais de fala, mastigação e sorriso, como também indiretamente, por comprometer a qualidade nutricional dos alimentos ingeridos e prejudicar em alguma medida o convívio social (ISLAS-GRAMILLO et al., 2016). No exame realizado em 2015, observou-se que mais da metade da amostra eram edêntulos totais no arco superior (86,0%) e no arco inferior (57,9%). Poucos idosos permaneceram com a mesma quantidade de dentes constatado no primeiro exame. Tanto que, houve uma diminuição significativa no número de dentes no arco superior. Já no arco inferior, apesar de 8 idosos tornarem-se edêntulos totais, não houve diferença estatística. Isso reforça a tendência de se manter em boca os dentes inferiores em relação aos superiores (MARCUS et al., 1996). A perda de dentes em idosos está associada a diversos fatores gerais e locais, entre eles, as doenças sistêmicas crônicas, desnutrição, alterações estruturais na cavidade bucal, resultados acumulativos da atividade de cárie e doença periodontal e a escolha da extração dentária em detrimento aos procedimentos restauradores como forma de tratamento (ISLAS-GRAMILLO et al., 2016).

Outro fator que influencia na perda de dentes é a higiene bucal pobre e a presença de placa bacteriana, visto que as doenças cárie e periodontais são placa-dependente. No estudo de Islas- Gramillo et al. (2016) idosos que escovavam os dentes menos do que duas vezes por dia possuíam um aumento de 49,2% no número médio de dentes ausentes, em relação àqueles que escovavam duas ou mais vezes por dia. No presente estudo, tanto em 2011 quanto em 2015, a maioria dos idosos (53,1% e 61,5%) respondeu escovar os dentes uma vez por dia ou menos. Esse padrão de higiene bucal deficiente resultou em alta frequência de placa bacteriana

detectada a olho nu na nossa amostra em ambos os anos (69,0%, 2011 e 96,0%, 2015). A má higiene bucal e conseqüentemente a presença de placa bacteriana são fatores que provavelmente estiveram presentes na vida desses idosos durante muitos anos e permanecem até hoje.

Os idosos tiveram que extrair os seus dentes devido o resultado acumulativo da doença cárie e periodontal, ou até mesmo como uma alternativa radical em relação ao tratamento restaurador. Todavia, no exame realizado em 2015, observou-se uma diminuição significativa no número de extrações realizados nos últimos 5 anos. Em 2011, 96,6% dos idosos relataram ter extraído pelo menos um dente nos últimos 5 anos. Já em 2015, esse número passou para 24,1%. Essa diferença estatística pode estar relacionada a menor procura por tratamento odontológico, assim como pela queda de indicações cirúrgicas com o passar da idade (IMHOLZ et al.; 2014).

Atrelado às perdas dentais, surge a necessidade de reabilitação oral com o uso de próteses. O motivo mais citado entre os idosos para consultarem o cirurgião dentista foi a confecção de prótese, tanto em 2011 (56,9%) quanto em 2015 (56,1%). Em relação a necessidade de confecção de uma nova prótese na arcada superior, em 2011, 26 idosos (44,1%) necessitavam uma nova prótese. Já em 2015, 28 idosos (50,0%) passaram a necessitar de próteses novas. No arco inferior, também houve um aumento na necessidade de confecção de próteses novas, correspondendo a 35 idosos (59,3%) em 2011, e 39 idosos (69,7%) em 2015. Segundo o estudo de Hiltunen, Vehkalahti e Mantyl (2015), referente a reabilitação protética em idosos, quanto mais velho, maior o número de reparos protéticos e, em paralelo, há uma diminuição no uso de próteses pelos idosos. No nosso estudo, também houve um aumento no número de idosos que não utilizavam prótese. Em 2011, 18,6% dos idosos não utilizavam prótese superior e 57,6% prótese inferior. Já no ano de 2015, 21,1% dos idosos passaram a não utilizar próteses superiores e 59,6% próteses inferiores.

No presente estudo observou-se que a autoavaliação dos idosos sobre a saúde bucal foi considerada pela maioria excelente/muito boa/boa nos dois exames. O estudo de Haikal et al. (2011), obteve resultados semelhantes. Acredita-se que isso ocorra, pois os idosos possuem grande capacidade de aceitar as limitações impostas devido ao seu estado de saúde, subestimando seus sintomas. Além disso, acreditam que os problemas ocorram inevitavelmente devido ao envelhecimento e não como um problema passível de prevenção, controle ou reversão.

Dentre as perguntas presentes no bloco de autopercepção do nosso estudo, o desconforto ao comer foi a variável mais apontada pelos idosos, como um dos principais fatores que afetam a sua qualidade de vida. Problemas de deglutição em idosos são mais frequentes naqueles que possuem menos dentes (OKAMOTO et al., 2015). Além da ausência dental, a diminuição da força oclusal e a hipossalivação também influenciam negativamente na performance mastigatória (IKEBE et al., 2011).

Neste estudo, houve um significativo aumento de 2011 para 2015 no número de idosos que relataram boca seca. Isso reforça a ideia de que o monitoramento do fluxo salivar nos idosos é uma medida importante para a manutenção da saúde. A hipossalivação é comum ocorrer durante o envelhecimento, principalmente devido a polifarmácia, a qual é comum nesta idade. Além de acarretar dificuldades de deglutição e mastigação, aumenta o risco de cárie dentária, doença periodontal, distúrbios no paladar, fala e desnutrição (SAMNIENQ et al., 2012).

Embora o estudo forneça informações importantes no âmbito de saúde bucal dos idosos, não se pode deixar de considerar suas limitações. Primeiramente, os exames de 2011 e 2015 foram conduzidos por diferentes alunos da graduação ou pós-graduação em odontologia. Sendo que, foi realizado treinamento prévio de todos os examinadores em ambos os anos. Todavia, no segundo exame não houve calibração do examinador. Além disso, para possibilitar a análise estatística, foram incluídas todas as respostas, tanto as dadas pelo cuidador quanto pelos idosos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou alta prevalência de idosos com 80 anos ou mais edêntulos, uma vez que no arco superior tanto em 2011 quanto em 2015 mais de 80% da amostra era edêntula total. Já no arco inferior, o número de edêntulos totais passou de 42,4% para 57,9%, entre os exames. Além disso, os idosos apresentaram limitada reabilitação protética em ambos os anos investigados.

Os indivíduos apresentam padrões de higiene bucal deficientes, o que contribui para o acúmulo de placa bacteriana na cavidade bucal, o qual aumentou em 27% entre o exame de 2011 e 2015. As consequências da má higiene bucal atrelada a outros fatores contextuais podem ter contribuído para a diminuição do número de dentes presentes, o qual se mostrou significativo no nosso estudo para o arco superior.

Referente a utilização dos serviços odontológicos, o motivo da última consulta manteve-se semelhante em ambos os exames, sendo a confecção de próteses dentárias a principal razão apontada. Todavia, mesmo tratando-se do principal motivo, houve um aumento de 15,6% na necessidade de algum tipo de prótese nova inferior. Além disso, houve uma redução significativa no número de idosos que consultavam o dentista apenas por motivo de rotina.

Outras variáveis que também obtiveram destaque no presente estudo foram a sensação de boca seca e a dificuldade ao mastigar os alimentos. Ambas apresentaram piora da condição no exame realizado em 2015. A sensação de boca seca aumentou 26,4%, e o desconforto para comer 35,5%.

Estudos dessa natureza são importantes pois auxiliam no planejamento e implementação de políticas no âmbito da saúde bucal. A expectativa é que haja maior inclusão do idoso com mais de 80 anos na rede de serviços de saúde bucal, especialmente na atenção primária, mas também na média e alta complexidade. Além disso, contribuem para a geração de conhecimento sistematizado orientado à saúde bucal dos idosos mais frágeis, capazes de melhorar o acesso às ações e serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ANSAI, T. et al. Relationship between tooth loss and mortality in 80-year-old Japanese community-dwelling subjects. **Bmc Public Health**, v. 10, n. 1, p.1-6, 1 July 2010.
- AVLUND, K. et al. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 31, n. 6, p. 454-462, 30 May 2003.
- AVLUND, K. et al. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. **Gerodontology**, v.21, n.1, p. 17-26, Mar. 2004.
- BERTHELOT, J.; GOFF, B.L. Rheumatoid arthritis and periodontal disease. **Joint Bone Spine**, v. 77, n. 6, p.537-541, Dec. 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS**. [Acesso em 08 jul. 2016] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popSC.def>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BUDTZ-JORGENSEN, E.; CHUNG, J.P.; RAPIN, C.H. Nutrition and oral health. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**., v.15, n.6, p.885-896, 2001.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **DATASUS- Departamento de Informática do SUS**. Consulta estabelecimento: Unidade Básica de Saúde de Antônio Carlos, Antônio Carlos, Santa Catarina. [Acesso em 24 set. 2016] Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/4201202689189>
- CHALMERS, J.M. et al. The prevalence and experience of oral diseases in Adelaide nursing home residents. **Aust Dent J.**, v. 47, n. 2, p. 123-130, June 2002.
- CHEN, X. et al. Self-reported Oral Health and Oral Health Behaviors in Older Adults in the Last Year of Life. **The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 68, n. 10, p.1310-1315, 22 Mar. 2013.
- FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES R.A.P. Revisão da Literatura sobre Fragilidade e sua relação com o Envelhecimento. **Rev. RENE. Fortaleza**, v.9, n. 2, p.113-119, abr./jun. 2008.
- GIL-MONTOYA, J.A. et al. Oral Health Protocol for the Dependent Institutionalized Elderly. **Geriatric Nursing**, v. 27, n. 2, p.95-101, Mar. 2006.
- GOMES-FILHO, I.S. et al. Severity of Periodontitis and Metabolic Syndrome: Is There an Association?. **Journal Of Periodontology**, v. 87, n. 4, p.357-366, Apr. 2016.
- HAIKAL, D.S. et al. Self-perception of oral health and impact on quality of life among the elderly: a quantitative-qualitative approach. **Cien Saude Colet.**, v. 16, n.7, p. 3317-3329, July 2011.
- HEKMAN, P.R.W. O idoso frágil. In: FREITA, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.926-929, 2006.

- HILTUNEN, K.; VEHKALAHTI, M. M.; MÄNTYLÄ, P.. Is prosthodontic treatment age-dependent in patients 60 years and older in Public Dental Services? **J Oral Rehabil**, v. 42, n. 6, p.454-459, 26 Dec. 2015.
- ICHIKAWA, K. et al. Relationships between the amount of saliva and medications in elderly individuals. **Gerodontology**, v. 28, n. 2, p.116-120, 2 June 2010.
- IKEBE, K. et al. Association of masticatory performance with age, gender, number of teeth, occlusal force and salivary flow in Japanese older adults: Is ageing a risk factor for masticatory dysfunction?. **Archives Of Oral Biology**, v. 56, n. 10, p.991-996, Oct. 2011.
- IMHOLZ, B.; COMBESCURE, C.; SCOLOZZI, P. Is age of the patient an independent predictor influencing the management of cranio-maxillo-facial trauma? A retrospective study of 308 patients. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology**, v. 117, n. 6, p.690-696, June 2014.
- ISLAS- GRAMILLO, H. et al. Tooth- Loss Experience and Associated Variables among Adult Mexicans 60 Years and Older. **PRHSJ.**, v. 35, n. 2, p. 89-92, June 2016.
- IWASAKI, M. et al. Oral health status: relationship to nutrient and food intake among 80-year-old Japanese adults. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 42, n. 5, p. 441-450, Oct. 2014.
- KHADER, Y.S. et al. Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. **Journal Of Diabetes And Its Complications**, v. 20, n. 1, p.59-68, Jan. 2006.
- LUNDGREN, M. et al. Dental caries and related factors in 88- and 92- year-olds. Cross-sectional and longitudinal comparisons. **Acta Odontol Scand.**, v. 55, n. 5, p. 282-291, Oct. 1997.
- MARCUS, S.E. et al. Tooth retention and tooth loss in the permanent dentition of adults: United States, 1988-1991. **Journal of Dental Research**, v. 75, p. 684-695, 1996.
- MARTÍNEZ-MAESTRE, M.Á. et al. Periodontitis and osteoporosis: a systematic review. **Climacteric**, v. 13, n. 6, p.523-529, 7 Aug. 2010.
- MARTINS, A.; BARRETO, S.; PORDEUS, I. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 22, n.5, p.308-315, 2007.
- MARTINS, A.; BARRETO, S.; PORDEUS, I. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 1, p.81-92, 2008.
- MELLO, A.L.S.F.; PADILHA, Dalva Maria Pereira. Oral health care in private and small long-term care facilities: a qualitative study. **Gerodontology**, v. 26, n. 1, p.53-57, Mar. 2009.
- MINAGAWA, K. et al. Relationship between metabolic syndrome and periodontitis in 80-year-old Japanese subjects. **Journal Of Periodontal Research**, v. 50, n. 2, p.173-179, May 2015.
- MOIMAZ, S. A. et al. Smoking and periodontal disease: clinical evidence for an association. **Oral Health Prev Dent.**, v. 7, n. 4, p. 369-376, 2009.

- MOJON, P. et al. Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. **Eur J Oral Sci.**, v. 106, n. 4, p.827-834, Aug. 1998.
- MOREIRA, R. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1665- 1675, dez. 2005.
- MORSE, D. E. et al. Prosthetic crowns and other clinical risk indicators of caries among old-old Swedish adults: findings from the KEOHS Project. Kungsholmen Elders Oral Health Study. **Gerodontology**, [s.l.], v. 19, n.2, p. 73-79, dez. 2002.
- MOYNIHAN, Paula. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. **Bull World Health Organ.**, v. 83, n. 9, p. 694-699, Sept. 2005.
- MUÑOZ, D. et al. La diabetes mellitus como factor de riesgo de pérdida dentaria en la población geriátrica. **Clínica Estomatológica Docente “Guamá”**. Martí N° 162, Pinar del Río, Cuba, nov. 2009.
- NARHI, T.O. et al. Association between salivary flow rate and the use of systemic medication among 76-, 81-, and 86-year-old inhabitants in Helsinki, Finland. **J Dent Res.**, v. 71, n. 12, p.1875-1880, Dec. 1992.
- NEWMAN, J.F.; GIFT, H.C. Regular pattern of preventive dental services—a measure of access. **Soc Sci Med**, v.35, n. 8, p. 997-1001, Oct. 1992.
- NIESTEN, D.; VAN MOURIK, K.; SANDEN, W.D. The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. **Bmc Oral Health**, v. 13, n. 1, p.1-12, 1 Nov. 2013.
- OKAMOTO, N. et al. Association of Tooth Loss With Development of Swallowing Problems in Community-Dwelling Independent Elderly Population: The Fujiwara-kyo Study. **The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 70, n. 12, p.1548-1554, 3 Sept. 2015.
- PELTOLA, P.; VEKALAHTI, M.M.; SIMOILA, R. Effects of 11-month interventions on oral cleanliness among the long-term hospitalised elderly. **Gerodontology**, v. 24, n. 1, p.14-21, Mar. 2007.
- PETERSEN, P.E. et al. Global oral health of older people- call for public health action. **Community Dent Health**, v. 27, n. 4 Suppl 2, p. 257-267, Dec. 2010.
- PREFEITURA DE ANTÔNIO CARLOS. **Aspectos Geográficos**. [Acesso em 30 jun. 2016] Disponível em: <http://www.antonioCarlos.sc.gov.br/>
- PUTTEN, G.-j. van Der et al. The importance of oral health in (frail) elderly people – a review. **European Geriatric Medicine**, v. 4, n. 5, p.339-344, Nov. 2013.
- SAMNIENQ, P. et al. Association of hyposalivation with oral function, nutrition and oral health in community-dwelling elderly Thai. **Community Dent Health.**, v. 29, n. 1, p.117-123, Mar. 2012.
- SHIMAZAKI, Y. et al. Risk factors for tooth loss in the institutionalized elderly; a six-year cohort study. **Community Dent Health.**, v. 20, n.2, p.123-127, June 2003.

TEZAL, M. et al. The Effect of Alcohol Consumption on Periodontal Disease. **Journal Of Periodontology**, v. 72, n. 2, p.183-189, Feb. 2001.

THORSTENSSON, H.; JOHANSSON, B. Does oral health say anything about survival in later life? Findings in a Swedish cohort of 80+ years at baseline. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, v. 37, n. 4, p.325-332, Aug. 2009.

UNELL, L. et al. Dental status and self-assessed chewing ability in 70- and 80-year-old subjects in Sweden. **J Oral Rehabil**, v. 42, n. 9, p.693-700, 17 Apr. 2015.

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 176

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 189/09 **FR-** 271597

TÍTULO: Saúde dos idosos de Antônio Carlos – SC.

AUTOR: Aline Rodrigues Barbosa, Andrea Ferreira Cardoso, Ileana Arminda Mourao Kazapi, Lúcia Andréia Zanette Ramos Zeni, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

DPTO.: CBS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de junho de 2009.


Coordenador do CEPSH/UFSC, Prof.º Washington Portela de Souza

**ANEXO B- ANUÊNCIA DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE ANTÔNIO CARLOS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Florianópolis, 25 de abril de 2015.

À
Ilma Sra. Margarida Kretzer
Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social
Município de Antônio Carlos (SC)

Prezada Sra. Secretária,

Cumprimentando-a cordialmente, vimos por meio desta solicitar sua anuência para que seja realizada etapa de continuidade da pesquisa "**Saúde bucal de idosos: melhores práticas em sistemas locais de saúde**", no município de Antônio Carlos. Este estudo ocorreu nos anos de 2010 até 2012, tendo sido coordenado por mim e financiado pela PAHO – *Panamerican Health Organization Foundation*.

Nesta nova etapa, vinculada a realização de trabalho de conclusão de curso da aluna do Curso de Odontologia Tamirys Prim Pauli, seriam retomados os objetivos de reavaliar as condições de saúde bucal, a utilização de serviços odontológicos e a autopercepção de saúde bucal nos idosos com 80 anos ou mais, que já participaram da primeira etapa da pesquisa. Segue a lista nominal em anexo.

Para tanto, necessitamos da sua colaboração e de seus funcionários, especialmente as Agentes Comunitárias de Saúde, no sentido de viabilizar a coleta de dados no domicílio desses idosos. Salientamos que nós pesquisadoras arcaremos com os custos relacionados à pesquisa.

Desde já agradecemos sua atenção.

Atenciosamente,

De acordo,

Margarida Luzia Schmitz Kretzer
Secretária de Saúde e Assistência Social

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Professora do Depto. de Odontologia
Coordenadora do Projeto e Orientadora do TCC
SIAPE 3352186

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá!

Meu nome é Tamirys Prim Pauli, aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e junto com minha orientadora de TCC, Profa. Ana Lucia Ferreira de Mello, estamos desenvolvendo a pesquisa “CUIDADO À SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: MELHORES PRÁTICAS EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE”.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Acreditamos que podemos contribuir com algumas mudanças para melhorar o atendimento à saúde bucal dos idosos.

Se o(a) senhor(a) aceitar, vai participar de uma entrevista e um exame clínico bucal no qual serão vistos a presença de dentes e próteses dentárias.

Não são previstos riscos e desconfortos para o senhor(a) durante o exame, mas esperamos que este estudo traga benefícios para as pessoas de idade ao detectar e, frente uma necessidade, encaminhar os idosos para os serviços de Atenção Básica.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone **3234-5406** ou email **alfm@terra.com.br**. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho acadêmico.

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “CUIDADO À SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: MELHORES PRÁTICAS EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Antônio Carlos, ____/____/____.

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO PARA COLETA DOS DADOS



Município de Antônio Carlos
Secretaria Municipal da Saúde
e Assistência Social



Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia

SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS DE ANTONIO CARLOS (SC) COORTE 80+ (2010): REAValiaÇÃO 2015.

Número do Questionário |_|_|_|_|

Nome do Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

NOME DO IDOSO: _____

Bloco Identificação

1. Data de nascimento do Idoso: _____ **Idade:** _____

2. Sexo

1. () Feminino
2. () Masculino

3. Vive sozinho?

1. () Sim
2. () Não

4. É acamado?

1. () Sim
2. () Não

5. Quem respondeu o questionário?

1. () Idoso
2. () Cuidador

Bloco Utilização de serviços odontológicos

1. Qual das afirmações abaixo melhor descreve o seu acesso ao dentista, nos últimos anos?

1. () Eu nunca vou ao dentista.
2. () Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa (dente ou prótese) arrumada.
3. () Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema.
4. () Eu vou ao dentista regularmente.

2. Na última vez que foi ao dentista, onde foi atendido?

1. () No Serviço Público (SUS/posto de saúde)
2. () No Serviço Privado (dentista ou consultório ou clínica particular)
3. () Outros (consultório do sindicato ou da cooperativa, ou da empresa que trabalha, etc...)

2.1 Quando foi? Há mais de 3 anos () Há menos de três anos ()

3. Qual o motivo desta consulta ao dentista?

1. () Confeção de prótese
2. () Consulta de rotina (Reparos/manutenção de dentes ou próteses)
3. () Dor
4. () Sangramento gengival (na gengiva)
5. () Cavidades nos dentes (cárie)
6. () Ferida, caroço ou manchas na boca
7. () Rosto inchado
8. () Outros

4. O Sr(a) acha que necessita atualmente de consulta odontológica (com dentista)?

1. () Sim
2. () Não

Bloco Higiene Bucal**5. Você consegue fazer sua higiene bucal sozinho?**

1. () Sim. *Siga para a 5.*
2. () Não. *Pule para a 8.*

5. SE SIM: Com que frequência você escova os dentes?

1. () Nunca.
2. () Menos que uma vez por semana.
3. () Uma vez por semana.
4. () Uma vez a cada três ou quatro dias.
5. () Uma vez por dia.
6. () Duas vezes por dia.
7. () Mais do que duas vezes por dia.

6. SE SIM: Caso você use prótese, com que frequência você escova sua prótese?

1. () Nunca.
2. () Menos que uma vez por semana.
3. () Uma vez por semana.
4. () Uma vez a cada três ou quatro dias.
5. () Uma vez por dia.
6. () Duas vezes por dia.
7. () Mais do que duas vezes por dia

7. SE SIM: Você costuma usar fio dental para limpar seus dentes?

1. () Sim.
2. () Não.

7a. SE SIM: Com que frequência você usa o fio dental?

1. () Menos que uma vez por semana.
2. () Uma vez por semana.

3. () Uma vez a cada três ou quatro dias.
4. () Uma vez por dia.
5. () Duas vezes por dia.

8. SE NÃO: Quem faz/auxilia na sua higiene bucal? _____

Bloco Condição de Saúde Bucal

9. Você sente dor na boca ou nos dentes, neste momento?

1. () Sim
2. () Não

10. Você costuma sentir sua boca seca?

1. () Sim
2. () Não

11. O Sr.(a) teve algum dente extraído (arrancado) nos últimos 5 anos (2011-2015)?

1. () Sim
2. () Não

12. Número de dentes presentes:

Arcada Superior - _____

Arcada Inferior - _____

13. Uso de próteses:

Arcada Superior - _____

Arcada Inferior - _____

14. Necessidade de Próteses:

Arcada Superior - _____

Arcada Inferior - _____

O diagrama mostra uma representação simplificada de uma arcada dentária com legendas para avaliação:

- Uso de Prótese Superior e Inferior**
 - 0 - Não usa
 - 1 - Uma ponte fixa
 - 2 - Mais de uma ponte fixa
 - 3 - Prótese Parcial Removível
 - 4 - Prótese Fixa + Removível
 - 5 - Prótese Total
 - 9 - Sem Informação
- Necessidade de Prótese Superior e Inferior**
 - 0 - Não necessita
 - 1 - Prótese de 1 elemento
 - 2 - Mais de 1 elemento
 - 3 - Combinação de Próteses
 - 4 - Prótese Total
 - 9 - Sem Informação

Outros elementos visíveis no diagrama incluem: ESPAÇO, Apinhamento na, Espaçamento na, Diastema em milímetros, Desalinhamento maxilar anterior, Desalinham mandibular, MÃO-OCULI (5 anos), e Pré-Molares.

15. Placa Visível em dentes ou Dentadura

1. () Sim
2. () Não

16. Diagnóstico clínico de Candidíase (leucoplásica ou eritematosa):

1. () Sim
2. () Não

Bloco Autopercepção da Saúde Bucal

17. Você possui problemas de gengiva e no suporte ósseo dos dentes?

1. () Sim
2. () Não

18. Quão satisfeito você está com a aparência dos seus dentes e/ou próteses dentárias?

1. () Muito satisfeito.
2. () Satisfeito.
3. () Insatisfeito.
4. () Muito insatisfeito.
5. () Não sei.

19. Comparando com outras pessoas de sua idade, como você avaliaria no geral sua boca e seus dentes? Você diria que a saúde de sua boca e de seus dentes é no geral:

1. () Excelente.
2. () Muito boa.
3. () Boa.
4. () Razoável.
5. () Ruim.

Agora, vamos perguntar qual sua opinião sobre a saúde da sua boca. As perguntas serão feitas tomando como referência os últimos seis meses. Então responda cada pergunta pensando se nos últimos seis meses aconteceu o que lhe foi perguntado.

	Questão	Nun- ca	Quase nunca	Ocasio- nalmente	Algumas vezes	Sem- pre
23.	Você teve problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
24.	Você sentiu que sua capacidade de sentir o gosto dos alimentos piorou por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
25.	Você teve alguma dor em sua boca?	0	1	2	3	4
26.	Você sentiu desconforto para comer alguma comida por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
27.	Você se sentiu preocupado por causa de seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
28.	Você se sentiu tenso por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
29.	Sua alimentação foi insatisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4

	Questão	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Algumas vezes	Sempre
30.	Você interrompeu suas refeições por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
31.	Você sentiu dificuldades para relaxar por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
32.	Você ficou envergonhado por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
33.	Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
34.	Você sentiu dificuldade em realizar suas atividades habituais por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
35.	Você sentiu, no geral, que a vida é menos satisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
36.	Você esteve totalmente incapaz de realizar suas atividades por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4