

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

ANDRESSA LEWANDOWSKI

**SAÚDE BUCAL DE IDOSOS LONGEVOS**

Porto Alegre  
2014

ANDRESSA LEWANDOWSKI

**SAÚDE BUCAL DE IDOSOS LONGEVOS**

Dissertação de mestrado em cumprimento às exigências do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Porto Alegre  
2014

L669s Lewandowski, Andressa  
Saúde bucal de idosos longevos / Andressa Lewandowski.  
-- 2014.  
106 f. : tabelas ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, 2014. “Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós”.

1. Geriatria. 2. Idoso de 80 anos ou mais. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde do idoso. 5. Saúde bucal. 6. Envelhecimento.  
I. Título.

CDD 618.97  
CDU 616-053.9

Catálogo na Publicação:

Bibliotecário Vladimir Luciano Pinto - CRB 10/1112

ANDRESSA LEWANDOWSKI

**SAÚDE BUCAL DE IDOSOS LONGEVOS**

Dissertação de mestrado em cumprimento às exigências do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 27 de março de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

---

Prof. Dr. Denis Marcelo Carvalho Dockhorn

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Cantarelli Machado

Dedico essa dissertação aos meus avós maternos Manoel Pedro da Silva Barboza (*in memoriam*) e Dalvina Rodrigues Barboza e aos meus avós paternos João José Lewandowski (*in memoriam*) e Josepha Lewandowski, que, devido às suas histórias de vida, de saúde, de doença, de fragilidade e de longevidade, serviram de inspiração para estudar gerontologia.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por sua infinita graça e misericórdia! Por ser meu Senhor e Salvador. Por me direcionar, por confirmar seus planos na minha vida. Agradeço por me sustentar em todos os momentos, principalmente os mais difíceis, proporcionando paz. A paz que somente Ele pode dar!

Agradeço muito mesmo aos meus **pais**, pelo amor, dedicação e cuidado. Agradeço por me darem a oportunidade de estudar, por me incentivarem a seguir em frente. Por serem as pessoas que eu mais amo!

À minha mãe **Gedi Lewandowski**, por ser incansável no cuidado comigo, por ser dura quando é necessário, por ser minha melhor amiga e companheira de todas as horas. Por ouvir cada ensaio de apresentação de trabalho, por ler minha dissertação e por fazer perguntas tão pertinentes ao assunto, sendo minha “crítica de plantão”. Por aguentar minhas crises, por ser meu porto seguro e me colocar mais pertinho de Jesus!

Ao meu pai **Gabriel Antônio Lewandowski**, por estar ao meu lado, por me entender, por me fazer rir, pelo carinho, pela parceria. Por cada café com gosto de amor, cada telefonema dizendo o “eu te amo filha”, pelos conselhos, por se alegrar e se orgulhar com cada conquista minha, por menor que seja.

Aos meus **avós**, aos quais dedico essa dissertação.

Aos meus **amigos**, que diretamente e indiretamente contribuíram para que eu pudesse trilhar o caminho até aqui. Por entenderem as minhas ausências, pelo amor, pelo carinho, pelo apoio, pela sólida amizade.

Aos queridos Pr. **André e Lidiane Castanheira**, por serem presentes em todos os momentos, pelas orações, pelas exortações, pelas palavras de incentivo. Por realmente estarem amando e cuidando da minha vida.

Às meninas do meu **Pequeno Grupo**, por ser apoio em meio às tempestades.

Aos adolescentes e à equipe de servos do **Amont’oado**, por me ajudar a crescer com Jesus e por fazerem das minhas sextas-feiras as mais felizes!

Ao meu orientador Prof. Dr. **Ângelo José Gonçalves Bós**, pela disponibilidade, pelo incentivo, pela dedicação, pelos ensinamentos, pela oportunidade de crescimento intelectual. Por me influenciar a trilhar os caminhos da Geriatria e Gerontologia. Por despertar em mim a cada dia o gosto pela pesquisa.

Ao Prof. Dr. **Denis Marcelo Carvalho Dockhorn**, que aceitou prontamente participar da banca de defesa. Por fazer parte da minha trajetória profissional desde o início. Por me incentivar a caminhar pelos vales da saúde pública. Por me ensinar a olhar, não para o paciente, mas para o indivíduo, buscando compreender sua vida e não ver apenas o problema de sua boca. Por me ensinar a arte de ser Dentista!

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Denise Cantarelli Machado**, pela disponibilidade, por participar, tanto na etapa de qualificação, quanto na etapa de defesa dessa dissertação. Pelas contribuições, pelo incentivo, pela sabedoria compartilhada.

Às colegas de mestrado **Andrea Ribeiro Mirandola** e **Claudine Lamanna Schirmer**, pela amizade, apoio, carinho, pelos risos, pelos choros, pelos conselhos, pelas crises superadas. Vencemos juntas mais uma etapa! Afinal, missão dada, é missão cumprida!

Aos colegas do grupo de pesquisa e especialmente aos queridos **Cristina Soldera**, **Joel Navarro**, **Iride Caberlon**, **André Ribeiro**, **Rejane Pedro**, **Patrícia Morsch**, **Amanda Balbinot**, **Stéfani Ribeiro**, pela troca de saberes, pela parceria, pela ajuda, pelo incentivo, por tantos momentos compartilhados.

Aos **professores, funcionários e colegas** do Instituto de Geriatria e Gerontologia.

Finalmente, e não menos importante, meu agradecimento especial aos **longevos**, sem os quais não existiria essa dissertação!

Os que estão plantados na casa do Senhor florescerão  
nos átrios do nosso Deus.

Na velhice ainda darão frutos; serão viçosos e vigorosos,  
Para anunciar que o Senhor é reto. Ele é a minha rocha e  
nele não há injustiça.

(BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada. Versão Almeida  
Corrigida e Revisada Fiel. Salmos 92:13-15)



Bocas de corpos velhos, consumidoras restritas do mundo e consumidas pelos anos de exploração e dominação mostraram-se impregnadas pela cultura imposta pela ideologia dominante, maneiras estereotipadas de agir, esclarecendo desejos manducacionais, eróticos e de comunicação e, ao mesmo tempo, reprimindo os prazeres, permanecendo sempre aquém dos limites, jamais ousando rompê-los, demonstrando que a boca é claramente um produto de relações dialéticas. (DOCKHORN, 2006, p. 60)

## SAÚDE BUCAL DE IDOSOS LONGEVOS

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Segundo dados do censo brasileiro de 2010, a população idosa aumentou em 43,3%, sendo que a população de longevos cresceu 72%. A literatura é escassa em relação à saúde bucal dos idosos e praticamente inexistem estudos que contemplem a saúde bucal de idosos acima de 80 anos no Brasil. Considerando o número elevado não apenas de idosos, mas também de longevos (idosos acima de 80 anos), este estudo pretende estimar as condições de saúde bucal dos longevos. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo, descritivo e analítico. A amostra foi composta por 38 idosos de 80 anos ou mais. Avaliou-se a autopercepção de saúde geral e bucal e as condições clínicas de saúde bucal. **RESULTADOS:** Maioria eram mulheres longevas (71,1%), média de idade de 89,1 anos ( $\pm 4,5$ ). Os longevos referiram ter, em média, três morbidades ( $\pm 2,3$ ) e utilizavam em média 3,9 medicamentos ( $\pm 2,8$ ). Os longevos consideraram a sua saúde bucal como sendo ruim (60,6%). Os longevos em sua maioria usava Prótese Total, tanto na arcada superior (76,3%) quanto na arcada inferior (39,6%), e apresentavam um alto índice de necessidade de prótese (81,6%). O CPOD (número de Dentes Perdidos, Cariados e Obturados) médio foi de 29,2 com um componente de dentes perdidos de 84%. Os longevos apresentavam uma demanda importante de tratamento periodontal. Grande maioria dos longevos deste estudo referiram sintomas de xerostomia. **CONCLUSÃO:** Os dados obtidos nesta pesquisa mostram as marcas deixadas pelo tempo e pela falta de acesso e conhecimento sobre cuidados bucais nesta faixa etária.

**Palavras chaves:** Idosos de 80 anos ou mais; Longevidade; Saúde bucal, Odontologia Geriátrica; Saúde Pública.

## ORAL HEALTH OF THE OLDEST OLD

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** According to the Brazilian census of 2010, the elderly population has increased by 43.3%, while the population of the oldest old grew 72%. The literature is scarce regarding the oral health of the elderly and virtually no studies that address the oral health of elderly people 80 years and over in Brazil. Considering the high number of not only the elderly, but also the oldest old (80 years and older), this study aims to estimate the oral health status of the oldest old. **METHODS:** This is a quantitative, descriptive and analytical cross-sectional study. The sample consisted of 38 oldest old. We assessed self-perceived general and oral health and clinical oral conditions. **RESULTS:** Majority of them were women (71.1%), mean age of 89.1 years ( $\pm 4.5$ ). Participants reported having on average three morbidities ( $\pm 2.3$ ) and used an average of 3.9 medications ( $\pm 2.8$ ). The oldest old consider their oral health as poor (60.6%). They mostly used Denture, both in the upper arch (76.3%) and in the lower jaw (39.6%), and exhibit a high level of need for prostheses (81.6%). The mean DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth) was 29.2 with a component of teeth lost 84%. The oldest old have a significant demand for periodontal treatment. Vast majority of the oldest old in this study reported symptoms of xerostomia. **CONCLUSION:** The data obtained in this study show the marks left by time and lack of access and knowledge about oral care in this age group.

**Key words:** Aged, 80 and over; Longevity; Geriatric Dentistry; Oral Health; Public Health.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade por sexo.....	32
Tabela 2 – Distribuição do estado civil conforme sexo.....	32
Tabela 3 – Anos de estudo conforme sexo.....	32
Tabela 4 – Renda conforme sexo.....	33
Tabela 5 – Cor da pele conforme sexo.....	33
Tabela 6 – Religião conforme sexo.....	33
Tabela 7 – Morbidades referidas pelos longevos.....	34
Tabela 8 – Número de morbidades referidas e de medicamentos utilizados conforme sexo.....	34
Tabela 9 – Acesso aos serviços de saúde conforme sexo.....	35
Tabela 10 – Autopercepção de saúde conforme sexo.....	35
Tabela 11 – Uso de bebida alcoólica e fumo conforme sexo.....	36
Tabela 12 – Autopercepção de saúde bucal segundo GOHAI.....	36
Tabela 13 – Detalhamento do Índice GOHAI.....	37
Tabela 14 – Sinais de xerostomia conforme sexo.....	38
Tabela 15 – Índice de Atividades Diárias de Higiene Bucal (IADHB).....	38
Tabela 16 – Higiene bucal conforme sexo.....	39
Tabela 17 – Acesso aos serviços de saúde bucal conforme sexo.....	40
Tabela 18 – Uso de prótese conforme sexo.....	41
Tabela 19 – Necessidade de prótese conforme sexo.....	42
Tabela 20 – Motivo da necessidade de prótese conforme sexo.....	43
Tabela 21 – Condições dos dentes conforme sexo.....	43
Tabela 22 – CPOD conforme sexo.....	44
Tabela 23 – Número de sextantes excluídos por longo vivo.....	44
Tabela 24 – Índice Periodontal Comunitário (CPI).....	45
Tabela 25 – Perda de inserção periodontal (PIP).....	46
Tabela 26 - Presença de lesões bucais.....	46

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E LONGEVIDADE.....	17
3.2	ENVELHECIMENTO BUCAL.....	18
3.3	CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS.....	20
3.4	AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	22
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	25
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>5</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
5.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	26
5.2	POPULAÇÃO.....	26
5.3	AMOSTRA.....	26
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	27
5.5	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	27
5.6	ANÁLISE DE DADOS.....	31
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>
6.1	DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS.....	32
6.2	SAÚDE GERAL.....	34
6.3	SAÚDE BUCAL.....	36
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>58</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>65</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE C – Artigo submetido para publicação.....</b>	<b>71</b>
	<b>APÊNDICE D – Produção científica.....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO A – Inquérito sobre Xerostomia.....</b>	<b>96</b>
	<b>ANEXO B – Resumo dos códigos e critérios para CPOD.....</b>	<b>97</b>

<b>ANEXO C</b> – Códigos e critérios para necessidade de tratamento.....	98
<b>ANEXO D</b> – Índice de Condição Periodontal (CPI).....	99
<b>ANEXO E</b> – Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP).....	100
<b>ANEXO F</b> – Código e critério para uso de prótese.....	101
<b>ANEXO G</b> – Código e critério para necessidade de uso de prótese.....	102
<b>ANEXO H</b> – Descrição das alterações patológicas.....	103
<b>ANEXO I</b> – Carta de aprovação da Comissão Científica do IGG.....	104
<b>ANEXO J</b> – Parecer Consubstanciado do CEP.....	105
<b>ANEXO K</b> – Comprovante de submissão de artigo.....	106

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil situa-se numa fase em que há um grande avanço na proporção da população idosa, e isso se faz de modo acelerado, a exemplo de outros países em desenvolvimento,<sup>1</sup> tanto que a expectativa de vida do brasileiro continuará aumentando nas próximas décadas.<sup>2,3</sup>

Definir envelhecimento é algo muito complexo, biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso. O envelhecimento não é uniforme, portanto não é possível escolher um indicador único, pode-se dizer que é o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade.<sup>4</sup>

A terceira idade é formada por um grupo heterogêneo de pessoas em virtude das diferentes experiências de vida acumuladas pelo indivíduo.<sup>2</sup>

A longevidade refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se como geração ou coorte o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou mesmo intervalo de tempo.<sup>5</sup>

Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante nesse contexto. Saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa.<sup>2</sup>

O crescimento do número de idosos não foi acompanhado pelo aumento da quantidade de pesquisas que forneçam um diagnóstico preciso das condições de saúde bucal dos mesmos. Nos últimos anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos.<sup>6</sup>

As necessidades odontológicas de idosos são importantes e amplas. Dados epidemiológicos desse grupo populacional podem mostrar a história de vida-saúde e o tipo de atenção recebida em todas as fases de vida.<sup>6</sup> Torna-se necessário investigar também os significados de como as pessoas percebem seus problemas de saúde e se posicionam diante deles, pois permitem identificar valores sociais, culturais e econômicos que influenciam na sua qualidade de vida. Estudos que

incluem a autopercepção de saúde bucal permitem associar os aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, e pode ser influenciada por fatores sociais e econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil há uma situação desfavorável com relação à saúde bucal dos idosos, sendo os problemas mais prevalentes: edentulismo (perda dos elementos dentários), necessidade do uso de prótese e alterações periodontais.<sup>7</sup>

Considerando o número elevado não apenas de idosos, mas também de longevos (idosos acima de 80 anos), este estudo pretende estimar as condições de saúde bucal dos longevos.



## 2 JUSTIFICATIVA

A literatura é escassa em relação à saúde bucal dos idosos e praticamente inexistem estudos que contemplem a saúde bucal de idosos acima de 80 anos no Brasil.<sup>8</sup>

As condições de saúde bucal guardam uma estreita relação com a situação de vida de cada pessoa, podendo ser um indicativo de sua condição sistêmica. Sendo assim, conhecer a condição de saúde bucal dos idosos longevos corresponde a um importante meio de identificar quais os problemas bucais existentes, trazendo subsídios para que as políticas públicas possam atuar na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dessa população idosa.

A histórica exclusão da saúde bucal do idoso, principalmente dos mais idosos, e a percepção de saúde bucal como um dos fortes componentes da qualidade de vida e autoestima para essa população, justifica a realização deste estudo.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E LONGEVIDADE

Nas últimas décadas, tem sido constatado um declínio nas taxas de natalidade e um aumento na expectativa de vida, com conseqüente crescimento da população idosa, graças ao desenvolvimento da ciência e de novas tecnologias, que tem como objetivo a melhora na qualidade de vida.<sup>9</sup>

Há uma clara evidência quanto ao crescente número de idosos na população mundial, mais especificamente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que tendenciosamente venha a ser uma das maiores do mundo.<sup>10</sup>

O envelhecimento populacional ocorre de forma variada; nos países em desenvolvimento, esse processo ocorre de forma mais acelerada; na França, levou 120 anos para dobrar a proporção de idosos, enquanto que o Brasil e a China levarão cerca de 30 anos.<sup>11</sup>

Segundo dados do censo brasileiro de 2010,<sup>12</sup> a população idosa aumentou em 43,3%, sendo que a população de longevos cresceu 72%. No Rio Grande do Sul (RS), 13,6% da população gaúcha é formada por idosos. Porto Alegre é a segunda capital do Brasil em número percentual de idosos (15,04%).<sup>12</sup>

Importante ressaltar o crescimento elevado e ascendente da população idosa em relação aos demais grupos etários, principalmente na população acima de 80 anos.<sup>13</sup> Aliada as transformações demográficas, as profundas transformações sociais se farão presentes como conseqüência não apenas da ampliação numérica dos idosos na sociedade, mas, particularmente, em decorrência das mudanças biológicas, com a ampliação dos conhecimentos da engenharia genética, que poderão permitir ao ser humano alcançar 110 a 120 anos, com a expectativa de vida atingindo o limite biológico.<sup>13</sup> Nunca em toda a história da humanidade, populações apresentaram expectativas de vida tão altas.<sup>14</sup>

Portanto, o envelhecimento populacional traz um número enorme de implicações de ordem econômica, política e social.<sup>15</sup>

### 3.2 ENVELHECIMENTO BUCAL

O envelhecimento, segundo a visão biogerontológica, é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.<sup>16</sup> Esse processo traz como única característica universal à ocorrência de mudanças ao longo do tempo, independentemente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a longevidade.<sup>17</sup>

As teorias biológicas do envelhecimento se dedicam ao estudo dos processos que envolvem as modificações biológicas nos seres vivos, que ocorrem após o período reprodutivo, influenciadas pela interação de fatores genético-ambientais.<sup>18</sup>

Algumas alterações nas estruturas orofaciais podem ser vistas como alterações verdadeiras da idade, outras podem estar relacionadas a doenças ou serem a combinação de ambas.<sup>14</sup>

O Sistema Estomatognático é composto, não apenas por dentes e gengivas e seus tecidos de suporte, tecido conjuntivo, ligamentos e tecido ósseo, mas também por palato duro e mole, tecido mole que reveste a boca e a garganta, língua, lábios, glândulas salivares, músculos mastigatórios, maxila e mandíbula, que estão conectadas ao crânio pela articulação temporomandibular.<sup>19</sup>

As alterações comuns no envelhecimento: diminuição da salivação, diminuição da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição e modificações no paladar.<sup>1,20,21</sup>

Fisiologicamente as glândulas salivares sofrem um processo de degeneração avançada, o que provoca a diminuição na quantidade e viscosidade da saliva secretada.<sup>21,22</sup> Alterações estruturais nas glândulas salivares ocorrem devido as células acinosas, responsáveis pela produção de saliva, serem substituídas por gorduras ou tecido conjuntivo.<sup>14</sup> Essas alterações podem provocar xerostomia (sensação de boca seca) que gera desconforto, maior dificuldade de deglutição e articulação de palavras assim como maior número de infecções da mucosa bucal e cáries dentárias.<sup>22</sup>

Isso tudo porque a saliva desempenha um papel importante na manutenção das condições fisiológicas normais dos tecidos da boca, além de lubrificar, a saliva

auxilia na formação e deglutição do bolo alimentar, facilita a fonética e previne danos dos tecidos causado quer por agentes mecânicos quer por microorganismos nocivos. Cabe ressaltar, que a xerostomia pode ser resultado, também, dos efeitos colaterais de medicamentos utilizados com frequência pelo idoso.<sup>22</sup>

A alteração da percepção do gosto também é relatada pela literatura.<sup>14,21,23,24</sup> Essa alteração no paladar ocorre porque o número de botões gustativos nas papilas diminui significativamente, principalmente após os setenta anos, o que pode levar a expressar diminuição no prazer de comer.<sup>23,24</sup>

Com o envelhecimento, presume-se que ocorra uma diminuição no potencial de regeneração das mucosas e na resistência às doenças. O epitélio bucal torna-se mais fino e menos queratinizado, e ocorre um aumento na densidade celular.<sup>19</sup> Uma vez que a mucosa se torna mais friável, se torna mais suscetível a injúrias e a uma cicatrização mais lenta do tecido.<sup>24</sup>

Entretanto, existe uma incerteza sobre o efeito da idade na atividade mitótica do epitélio bucal, com alguns estudos relatando uma taxa constante de mitose e outros mostrando um decréscimo na atividade.<sup>19</sup> Uma maior frequência no aparecimento de varicosidades sublinguais e grânulos de Fordyce pode ser o resultado clínico da diminuição da espessura do epitélio.<sup>14</sup>

Os dentes apresentam sinais de mudanças com a idade, principalmente na forma e na cor.<sup>14,24</sup> Alterações na forma dos dentes são mais afetadas por desgaste e por atrito, que começa desde a sua erupção, quando as protuberâncias incisais se perdem com o uso de alimentos mais sólidos.<sup>24</sup> Entretanto, a perda da substância dental pode ser resultante dos processos de erosão, atrição e abrasão isolados ou combinados.<sup>14</sup>

A mudança na cor é um reflexo direto do envelhecimento,<sup>14</sup> uma vez que a estrutura do dente sofre com mudanças. O padrão de reflexão da luz é diferente nos idosos se comparado aos mais jovens, causando uma modificação na cor observada.<sup>24</sup>

O esmalte dentário sofre mudanças significativas, tanto quimicamente quanto estrutural. Os cristais superficiais de esmalte são mais espessos do que os internos. Algumas das propriedades adquiridas do esmalte superficial são lentamente construídas durante a vida e podem ser consideradas como mudanças do envelhecimento.<sup>24</sup>

Mudanças na dentina também são observadas, tanto em espessura quanto em qualidade. Como a dentina contribui para a cor do dente, escurecimento e perda geral de translucência são alterações comuns com o passar dos anos.<sup>24</sup>

O cemento, tecido que cobre a raiz dentária, fica mais espesso devido à deposição fisiológica, o que pode acarretar uma diminuição do espaço pericementário, favorecendo o aparecimento de anquilose dentária.<sup>24</sup>

A polpa dentária também modifica, se caracteriza por ser mais fibrosa e conter menos células. Mudanças no aporte sanguíneo da polpa podem alterar a resposta inflamatória nos idosos, uma vez que há um declínio no número de arteríolas que entram pelo forame apical.<sup>24</sup>

A perda dentária não é uma condição fisiológica causada pelo envelhecimento, mas sim consequências de doenças bucais ou traumatismos. O edentulismo (perda dos dentes) influencia na mastigação e, por consequência, na digestão, bem como na gustação, na fala e na estética. Pode-se considerar que um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100%. Com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser de 70%, podendo chegar a 25% com o uso de próteses totais.<sup>25</sup>

### 3.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS

O processo de envelhecimento não é responsável pelo aparecimento de doenças relacionadas à saúde bucal, mas estas estão geralmente presentes em indivíduos idosos.<sup>20</sup>

Dos problemas bucais existentes nos idosos, o edentulismo é um dos mais frequentes. A reabilitação protética torna-se fator importante para o reestabelecimento das condições bucais ideais.<sup>2,21</sup>

As causas de cárie dentária nos idosos são as mesmas das pessoas jovens, entretanto, pelo fato dos dentes dos idosos terem sido expostos aos potentes efeitos do ambiente por um maior período de tempo, eles apresentam maior risco de desenvolver cáries.<sup>21</sup> Pessoas longevas podem possuir maior risco de ocorrer cáries secundárias, muito provavelmente pela dificuldade de higienização bucal.<sup>2</sup>

O primeiro Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal,<sup>26</sup> que foi realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986, não incluiu pessoas com idade acima de 60 anos. Isso se deve ao fato de que, na época, o Brasil era considerado um país

jovem. Esse estudo incluiu apenas o grupo de pessoas com 50-59 anos, que já apresentavam um CPOD (número de dentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo) de 27,2, com 86% de dentes perdidos, sugerindo as péssimas condições de saúde bucal em que se encontravam os idosos da época.

No ano 2000, o MS iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto a população urbana como a rural. Esse projeto, hoje identificado como SB Brasil (Condições de Saúde Bucal na População Brasileira), que foi executado e divulgado em 2003.<sup>7</sup> Nesse levantamento, SB Brasil 2003, incluiu os idosos, utilizando a faixa etária de 65 a 74 anos, seguindo o que preconizava o questionário da Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>27</sup>

Segundo o SB Brasil 2003, 88,46% da população idosa brasileira necessitam de algum tipo de prótese bucal, sendo que 39,96% necessitam de próteses totais.<sup>7</sup> Em relação à incidência de cárie, os resultados do estudo demonstram que a cárie dentária tem um rápido avanço conforme a idade. A média do índice CPOD é de 2,8 nas crianças de 12 anos, 6,2 nos adolescentes, 20,1 nos adultos e 27,8 nos idosos.<sup>7</sup>

No Rio Grande do Sul o grupo etário de 65-74 anos de idade, apresentou o CPOD=26,65, com 92,27% da composição representada por dentes perdidos. O edentulismo se reflete também nos dados sobre a condição periodontal, quando se avaliam os sextantes examinados, observou-se uma alta prevalência de sextantes excluídos (21%) e de não examinados (58,17%) o que representa uma ausência dos elementos dentários.<sup>28</sup>

Dados do levantamento SB Brasil 2010, demonstram que o CPOD médio foi de 27,53 na faixa etária de 65 a 74, sendo 92% do componente perdido. Já em Porto Alegre o CPOD médio foi de 24,34, com 76,7% do componente de perdidos.<sup>29</sup>

As condições periodontais mostraram que 90,5% tinham sextantes excluídos. Dos poucos sextantes em condições de exame nesse grupo etário, 4,2% apresentavam cálculo e 3,3% bolsas periodontais, sendo que, destas, 2,5% eram bolsas rasas. Nos idosos, tanto em âmbito nacional quanto em cada uma das regiões, foi observado um percentual muito elevado de sextantes excluídos (90,1% para o Brasil). Em 6,0% dos idosos foi possível identificar perda de inserção de 0 a 3 mm e em 3,9% perda de inserção de 4 mm ou mais.<sup>29</sup>

Apenas 23,5% não usava algum tipo de prótese dentária superior, sendo o maior percentual (31,4%) na região Nordeste e o menor (16,5%), na região Sul. A porcentagem de usuários de prótese total foi de 63,1% para o Brasil, variando de 65,3% na região Sul a 56,1% na região Nordeste. Um total de 7,6% das pessoas examinadas usava prótese parcial removível, sendo a maioria na região Sul (11,1%) e a menor porcentagem na região Sudeste (6,5%). Um percentual de 3,8% dos examinados usava uma ponte fixa. O uso de prótese fixa associada à removível se limitou a 1,2% das pessoas examinadas, não havendo diferença entre as regiões.<sup>29</sup>

A proporção de indivíduos que não usava prótese inferior é de 46,1%, sendo maior nas regiões Norte e Nordeste (55%). A porcentagem de usuários de prótese total foi de 37,5% para o Brasil, estando a maioria na região Sul (40,4%) e a menor porcentagem na região Nordeste (30,8%). Um total de 12,7% dos indivíduos eram usuários de prótese parcial removível, sendo a maioria na região Sudeste (13,6%). Um percentual de 1,6% dos examinados usava uma ponte fixa, o uso de mais de uma ponte fixa se limitou a 0,9% e de prótese fixa associada à removível a 1,2%.<sup>29</sup>

### 3.4 AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A OMS define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de doenças.” O estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores médicos e sociais. Dessa forma, o estado de saúde das pessoas depende de forma significativa da alocação de recursos em setores como a educação, alimentação, infraestrutura sanitária e habitacional, incentivos ao trabalho, promoções ao estilo de vida saudável com atividades de lazer e cuidados com o meio ambiente.<sup>11</sup>

Saúde bucal na terceira idade consiste na manutenção dos dentes saudáveis sob aspectos biológicos; desenvolver a habilidade para bem mastigar; melhorar a sensibilidade gustativa; ajudar numa fonação adequada e uma estética que ajude na reinserção social e assim proporcionar bem estar e qualidade de vida.<sup>30</sup>

A 1a Conferência Nacional de Saúde Bucal<sup>31</sup> traz a saúde bucal como sendo:

Parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e a informação.

Autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoa faz de suas experiências de saúde e estados precários de saúde no contexto da vida diária. Este julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais.<sup>11</sup>

Vários instrumentos foram criados para complementar os indicadores clínicos usados rotineiramente pelo Cirurgião Dentista (CD), chamados de indicadores sócio-dentais.

Atchison & Dolan desenvolveram o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI),<sup>32</sup> composto por 12 questões fechadas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto dos idosos. O Oral Health Impact Profile (OHIP),<sup>33</sup> criado por Leão & Sheiham, que consiste em um questionário fechado com 49 questões, que procura indicar se a pessoa teve, nos últimos 12 meses, algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses.

O Dental Impact of Daily Living (DIDL)<sup>34</sup> avalia problemas psicossociais com reflexos na qualidade de vida das pessoas segundo sua condição bucal. Outro indicador, o Oral Impact on Daily Performance (OIDP)<sup>35</sup> objetiva verificar a associação entre problemas bucais e dificuldade para realizar determinadas atividades e/ou comportamentos do cotidiano. O SB Brasil 2003 utilizou perguntas fechadas para determinar a autopercepção da saúde bucal de idosos brasileiros.<sup>7</sup>

Cabe ressaltar que ainda existem muitos desafios, principalmente no que diz respeito ao não reconhecimento da saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo. Além disso, existe uma falta de percepção quanto à necessidade de tratamento odontológico, tanto por parte do paciente idoso como pelos seus familiares, pessoal de apoio e demais profissionais consultados por ele.<sup>2</sup>

Buscando elucidar o que pode influenciar na autopercepção de saúde bucal, encontram-se algumas teorias psicológicas do envelhecimento: a teoria da seletividade socioemocional e a teoria da dependência aprendida.

A teoria da seletividade socioemocional considera que a adaptação é delimitada pelo tempo e pelo espaço que a fase do desenvolvimento vivida pela pessoa e é um importante contexto ao qual ela deve se adaptar.<sup>36</sup> A crença básica da teoria é que a redução amplitude da rede de relações sociais e na participação social na velhice reflete a redistribuição de recursos socioemocionais pelos idosos, exatamente no momento em que a mudança em sua perspectiva de tempo futuro –



que passa a parecer cada vez mais limitado na velhice – faz com que eles procurem selecionar metas, parceiros e formas de interação, porque permite otimizar os recursos de que dispõem. Na velhice passam a ser mais relevante o envolvimento seletivo com relacionamentos sociais próximos que ofereçam experiências emocionais significativas.

A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, devido a limitações físico-funcionais, a limitações cognitivas ou a uma combinação dessas duas condições. Habitualmente se acredita que a dependência é uma condição obrigatória e unidimensional na velhice, mas isso não é verdadeiro: a dependência dos idosos não só é uma condição com múltiplas faces, como também é determinada por múltiplas variáveis em interação. A dependência pode ser uma estratégia adaptativa. Pela teoria da dependência aprendida, o idoso pode obter controle passivo sobre o ambiente.<sup>36</sup>

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Estimar as condições de saúde bucal de longevos.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar a autopercepção de saúde bucal.
- Avaliar as condições clínicas de saúde bucal.
- Avaliar os hábitos de higiene bucal.
- Descrever a situação sociodemográfica e de saúde geral.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal quantitativo descritivo e analítico. Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos.<sup>37</sup>

### 5.2 POPULAÇÃO

A população deste estudo é composta por idosos com 80 anos ou mais residentes no Rio Grande do Sul (RS).

### 5.3 AMOSTRA

A amostra consiste de idosos longevos atendidos no Ambulatório MultiProfissional de Atenção aos Longevos (AMPAL) Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e de longevos oriundos da Associação dos Ferroviários Sul-Riograndenses (AFSR).

O cálculo amostral foi realizado com base nos dados do Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul,<sup>38</sup> no qual 52,3% dos idosos longevos responderam que sua saúde bucal era boa ou ótima, dado que contrastou com o esperado que era de 69,4%. Portanto, utilizando o programa *Statcalc* do *Epi Info*® 3.5.1, o cálculo amostral para observar a diferença estatística entre o esperado de 69,4% e o estimado de 52,3%, foi de 48 idosos, com um grau de confiança de 99%.

O AMPAL deveria atender semanalmente 2 pacientes novos encaminhados das unidades básicas de saúde ou ambulatório geral, como a coleta de dados ocorreria em 8 meses, ou 32 semanas estimava-se que 60 longevos poderiam ser entrevistados para a pesquisa. Entretanto, somente 22 longevos foram acompanhados no AMPAL e 13, desses longevos, foram avaliados.

Desta forma, a partir de maio de 2013 foram incluídos 25 longevos sócios da AFSR.

#### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo idosos de 80 anos ou mais, de ambos os sexos, que estivessem dispostos a serem entrevistados e examinados. Não existiram critérios de exclusão.

#### 5.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Foi agendado um atendimento individual para a coleta de dados, no qual o pesquisador explicou o projeto de pesquisa para o voluntário e foi entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Neste atendimento foi realizada a entrevista e o exame clínico da cavidade bucal. As necessidades odontológicas são esclarecidas e houve aconselhamento para procura da atenção básica em sua Unidade de Saúde.

Foi utilizada uma ficha de coleta, na qual estão os instrumentos de avaliação do presente estudo (APÊNDICE B). A primeira parte da ficha é destinada aos dados de identificação do longevo. A idade deve ser preenchida com os anos completos do indivíduo, no momento do exame. Para os casos em que o indivíduo não sabe informar com precisão, pede-se o documento de identidade, se não tiver o documento no momento da entrevista tentava-se estabelecer uma idade presumida a partir da consulta ao familiar ou ao próprio entrevistado. Quanto ao sexo, se anota um dos seguintes códigos: 1 – Masculino; 2 – Feminino.

Para avaliar se o longevo tem condições de responder as questões subjetivas é realizado um teste de evocação de palavras<sup>39</sup> no qual é pedido para prestar atenção nas palavras “irmão, chave, avião”, perguntar se entendeu e pedir para repetir, anotar quantas palavras conseguiu repetir. Se conseguir lembrar duas ou todas as palavras, a entrevista pode ser realizada somente com o idoso, se lembrar de uma ou nenhuma palavra, ou ainda não conseguir se comunicar realizou-se a entrevista sempre junto com acompanhante/cuidador.

Escolaridade, estado conjugal, religião, com quem mora, se tem filhos, se possui um cuidador também são questionados. Para cor, é utilizado, como referência, o critério proposto pelo IBGE,<sup>3</sup> de auto declaração. Neste caso, deve-se ler as opções de cor ou raça para a pessoa e considerar aquela que for declarada. Caso a declaração não corresponda a uma das alternativas enunciadas no quesito,

deve-se esclarecer as opções para que a pessoa se classifique na que julgar mais adequada.

Sobre a renda, é lida as alternativas para o entrevistado e marca-se o código correspondente: 1 – Até 250 reais; 2 – De 251 a 500 reais; 3 – De 501 a 1.500 reais; 4 – De 1.501 a 2.500 reais; 5 – De 2.501 a 4.500 reais; 6 – De 4.501 a 9.500 reais; 7 – Mais de 9.500 reais; 9 – Não sabe/não respondeu. Também será perguntado sobre a origem dessa renda e qual foi a profissão do longo.

Em relação à saúde geral, questiona-se a percepção do longo com uma pergunta fechada com cinco níveis de resposta. A presença de doenças sistêmicas, o uso de medicamentos, o uso de álcool e outras drogas e o acesso à saúde são questionados.

Os hábitos de higiene bucal são questionados em relação a frequência, tipo de escova e a autopercepção de higiene. Para avaliar as atividades diárias de higiene bucal (ADHB) é utilizado o Índice de Atividades Diárias de Higiene Bucal (IADHB),<sup>40</sup> cada item de higiene bucal que compõe deve ser pontuado de acordo com a seguinte escala: Independente 0; Necessita adaptações ou auxílio – 1 ponto; Totalmente dependente – 2 pontos. Quanto menor a pontuação obtida pelo longo maior será a sua independência para as ADHB.

Dados sobre sintomas de xerostomia são coletados a partir de seis perguntas fechadas com quatro níveis de resposta, baseadas no Inventário de Xerostomia (IX)<sup>41</sup> (ANEXO A).

Para estimar a autopercepção de saúde bucal, utiliza-se o índice GOHAI,<sup>32</sup> composto por 12 perguntas, que procura avaliar se, nos últimos três meses, o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas bucais.

Cada questão é dividida em escalas tipo Likert,<sup>42</sup> sempre = 1 ponto, repetidamente = 2 pontos, às vezes = 3 pontos, raramente = 4 pontos e nunca = 5 pontos. Nas perguntas 3, 5 e 7 estes valores devem ser considerados invertidamente em função do sentido da pergunta. Para determinação do índice final, somam-se os valores. O score final do GOHAI é dividido em: Ruim ( $\leq 50$ ); Regular (51 a 56); Boa (57 a 60).

O levantamento das condições clínicas de saúde bucal dos longos foi realizado por um único examinador devidamente treinado, utilizando luvas descartáveis, máscara, espátulas de madeira, espelho bucal plano, sonda

periodontal desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>27</sup> O exame clínico foi realizado sob a luz natural, com o examinador e a pessoa a ser examinada sentada.

Para realizar o índice CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), são avaliados três aspectos em cada espaço dentário: as condições da coroa e da raiz, e a necessidade de tratamento. Após o exame de cada espaço, o examinador dirá os três respectivos códigos para serem anotados e passará ao espaço dentário seguinte (ANEXOS B e C).

Os diferentes espaços dentários são abordados de um para o outro, sistematicamente, iniciando do terceiro molar até o incisivo central do hemiarco superior direito, passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo e indo até o terceiro molar, indo para o hemiarco inferior esquerdo e, finalmente, concluindo com o hemiarco inferior direito. Um dente é considerado presente na boca quando apresenta qualquer parte visível ou podendo ser tocada com a ponta da sonda sem deslocar (nem perfurar) tecido mole indevidamente.

A condição periodontal é avaliada com a utilização de dois índices: o Índice Periodontal Comunitário (CPI) e o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP).

O CPI permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa. A boca é dividida em sextantes definidos pelos grupos de dentes: de canino a canino superiores e inferiores, de pré-molares a molares direita e esquerda, superiores e inferiores. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, por exemplo, um único dente presente).

São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares): 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47. Pelo menos seis pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área méso-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial.

A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical,

de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia) (ANEXO D).

O PIP permite avaliar a condição da inserção periodontal, tomando como base a visibilidade da junção cimento-esmalte. Este índice permite comparações entre grupos populacionais e não há intenção de descrever a situação de indivíduos considerados isoladamente. Relação com CPI – O PIP é basicamente um complemento do CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados, sob as mesmas condições. Entretanto, cabe alertar que o dente-índice onde foi encontrada a pior condição para o CPI pode não ser o mesmo com a pior situação para o PIP (ANEXO E).

Avalia-se o edentulismo pelo uso e necessidade de prótese, pois ajuda a entender o agravo “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados. As observações ao exame levam em conta os códigos e critérios ilustrados nos ANEXOS F e G. Uma observação importante é que a verificação da necessidade de prótese deve incluir uma avaliação da qualidade da prótese quando a mesma está presente. Os dois índices não são excludentes, ou seja, é possível estar usando e também necessitar de uma prótese.

Para que haja uniformidade nesta avaliação, o critério de decisão para determinar que uma prótese que está em uso é inadequada e, portanto, deve ser trocada, será baseado nas seguintes condições: a) Retenção – está folgada ou apertada; b) Estabilidade e reciprocidade – apresenta deslocamento ou báscula; c) Fixação – lesiona os tecidos; d) Estética – apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente. Caso pelo menos uma dessas condições esteja presente, recomenda-se a troca da prótese e, portanto, procede-se a avaliação da necessidade.

As alterações de tecidos moles são anotadas com códigos segundo a descrição das alterações patológicas descritas no ANEXO H.

## 5.6 ANÁLISE DE DADOS

Após digitação, comparação e correção do banco de dados, as informações foram tabuladas por intermédio do programa *Epi Info*® 7.1.3.

A situação sociodemográfica e saúde geral dos participantes foram, para fins de descrição, comparadas entre longevos masculinos e femininos. Realizadas e comparadas as médias para idade, renda, anos de estudo, número de morbidades e de medicamentos entre os sexos e testadas pelo teste *t-Student*. Para as variáveis: estado civil, cor da pele, religião, acesso aos serviços de saúde, autopercepção de saúde geral e uso de bebida alcóolica e fumo, foram calculadas as frequências para homens e mulheres e testadas pelo Qui-quadrado.

Na avaliação da autopercepção, higiene, condições clínicas e de acesso à saúde bucal, o IADHB e o CPOD foram analisadas pelas médias e desvio padrão (dp) e comparadas entre homens e mulheres pelo teste *t-Student*, as demais variáveis foram descritas em frequências entre homens e mulheres e testadas pelo Qui-quadrado.

O p entre 0,1 e 0,05 é considerado como indicativo de significância, enquanto  $p < 0,05$  é considerado estatisticamente significativo.<sup>43</sup>

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Com base na resolução n.º196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS),<sup>44</sup> o projeto de pesquisa foi submetido para Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Cada participante da pesquisa recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando a privacidade e confiabilidade dos participantes. O termo informou os propósitos, com linguagem fácil e acessível, deixando claro que o estudo é voluntário, tendo o direito de abandoná-lo a qualquer momento e após a utilização dos dados, os mesmos não serão utilizados com nenhum outro fim.

Cabe salientar que o projeto foi aprovado pela Comissão Científica do IGG (ANEXO I) e posteriormente recebeu parecer favorável do CEP de número 129.271 em 04/10/2012 (ANEXO J).



## 6 RESULTADOS

### 6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Participaram da pesquisa 38 longevos, sendo 71,1% composto por mulheres e 28,9% por homens. A média de idade, descrita na Tabela 1, foi de 89,1 anos ( $\pm 4,5$ ), a idade mínima foi de 82 anos e a máxima de 97 anos. Quanto às mulheres longevas, a média de idade foi de 89,1 anos ( $\pm 4,8$ ) e em relação aos homens longevos, a média foi de 89,2 anos ( $\pm 4,2$ ).

Tabela 1 – Idade por sexo

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Idade mínima</b>	<b>Idade média</b>	<b>Idade máxima</b>	<b>dp</b>	<b>p</b>
Feminino	27	71,1	82	89,1	97	$\pm 4,8$	0,9478
Masculino	11	28,9	82	89,2	95	$\pm 4,2$	
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>82</b>	<b>89,1</b>	<b>97</b>	<b><math>\pm 4,5</math></b>	

Os longevos viúvos são a maioria (73,7%), seguido pelos casados (21,0%). Pode-se observar (Tabela 2) que 100% das mulheres longevas são viúvas e os homens, 73,7% são casados.

Tabela 2 – Distribuição do estado civil conforme sexo

<b>Estado civil</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Solteiro	0	0	2	18,2	2	5,3	<0,001
Casado	0	0	8	73,7	8	21,0	
Viúvo	27	100,0	1	9,1	28	73,7	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

As mulheres longevas possuem mais anos de estudo (3,8 anos  $\pm 2,2$ ) do que os homens (3,4 anos  $\pm 2,6$ ), como demonstra a Tabela 3. A renda média, descrita na Tabela 4, foi de R\$2.358,26 ( $\pm 2.236,0$ ).

Tabela 3 – Anos de estudo conforme sexo

<b>Anos de estudo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Média</b>	<b>Máximo</b>	<b>dp</b>	<b>p</b>
Feminino	1	3,8	11	$\pm 2,2$	0,4544
Masculino	0	3,4	8	$\pm 2,6$	
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>3,7</b>	<b>11</b>	<b><math>\pm 2,3</math></b>	

Tabela 4 – Renda conforme sexo

<b>Renda</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Média</b>	<b>Máximo</b>	<b>dp</b>	<b>p</b>
Feminino	R\$622,00	R\$2.077,48	R\$7.000,00	±1.701,53	0,2389
Masculino	R\$622,00	R\$3.047,45	R\$12.000,00	±3.199,37	
<b>Total</b>	<b>R\$622,00</b>	<b>R\$2.358,26</b>	<b>R\$12.000,00</b>	<b>±2.236,00</b>	

Em relação da cor da pele, 75% dos longevos referiram ter a cor da pele branca, 16,7% se consideram pardos, 8,3% referiram ter a cor da pele preta. As longevas se consideram em sua maioria (72%) branca, seguido por 16,% que se consideram pardas, os homens longevos em sua maioria (81,9%) referiram ser de cor branca, 18,2% pardos (Tabela 5).

Tabela 5 – Cor da pele conforme sexo

<b>Cor da pele</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Branca	18	72,0	9	81,9	27	75,0	0,5062
Parda	4	16,0	2	18,2	6	16,7	
Preta	3	12,0	0	0	3	8,3	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

Os longevos católicos representam 63,2%, seguida por 15,8% de espíritas e 10,5% de evangélicos. Os homens longevos que não tem nenhuma religião representam 9,1%, a maioria (63,6%) é católica, 18,2% são espíritas. A porcentagem de mulheres longevas católicas (63%) é praticamente a mesma dos homens (63,6%), 14,8% são espíritas, seguida por 11,1% de evangélicas e 11,1% possuem outra religião (Tabela 6).

Tabela 6 – Religião conforme sexo

<b>Religião</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Católica	17	63,0	7	63,6	24	63,2	0,4389
Espírita	4	14,8	2	18,2	6	15,8	
Evangélica	3	11,1	1	9,1	4	10,5	
Outra religião	3	11,1	0	0	3	7,9	
Nenhuma	0	0	1	9,1	1	2,6	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

## 6.2 SAÚDE GERAL

Observando a Tabela 7, a doença mais referida pelos longevos foi hipertensão (63,1%), seguido por artrose (42,1%), cardiopatias (26,3%), diabetes (26,3%). Em relação ao número de morbididades referidas por longevo (tabela 8), a média ficou em 3,0 morbididades ( $\pm 2,1$ ), as mulheres longevas apresentaram maior média de morbididades (3,2  $\pm 2,3$ ) do que os homens longevos (2,4  $\pm 1,4$ ).

**Tabela 7 – Morbididades referidas pelos longevos**

<b>Morbidade</b>	<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Hipertensão	24	63,1
Artrose	16	42,1
Cardiopatias	10	26,3
Diabetes	10	26,3
Oftalmopatias	10	26,3
Ansiedade	8	21,0
Depressão	7	18,4
Problema intestinal	6	15,8
AVC	5	13,1
Câncer	4	10,5
Demências	3	7,9
Sem doença	3	7,9
Tireoidopatias	3	7,9
Infecção Respiratória	2	5,2
Infecção Urinária	2	5,2
Obesidade	1	2,6
Outras doenças	1	2,6

Em média, conforme a Tabela 8, os longevos utilizam 3,9 medicamentos ( $\pm 2,8$ ). Os homens longevos utilizam menos medicamentos (2,7  $\pm 2,5$ ) do que as mulheres longevas (4,4  $\pm 2,8$ ).

**Tabela 8 – Número de morbididades referidas e de medicamentos utilizados conforme sexo**

<b>Morbidades</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Média</b>	<b>Máximo</b>	<b>dp</b>	<b>p</b>
Feminino	1	3,2	10	$\pm 2,3$	0,3016
Masculino	1	2,4	5	$\pm 1,4$	
<b>Total</b>	1	3,0	10	$\pm 2,1$	
<b>Medicamentos</b>					
Feminino	0	4,4	10	$\pm 2,8$	0,0876
Masculino	0	2,7	8	$\pm 2,5$	
<b>Total</b>	0	3,9	10	$\pm 2,8$	

Os longevos que utilizam convênio de saúde correspondem a 50%, 47,4% utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), apenas 2,6% utiliza o serviço privado. As mulheres longevas em sua maioria (63%) utilizam convênio, já a maioria (72,7%) dos homens longevos utiliza o SUS, sendo as diferenças percentuais significativas ( $p=0,0214$ ) como descritas na Tabela 9.

**Tabela 9 – Acesso aos serviços de saúde conforme sexo**

<b>Serviços de saúde</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Privado	0	0	1	9,1	1	2,6	
Sistema Único de Saúde (SUS)	10	37,0	8	72,7	18	47,4	0,0214
Convênio	17	63,0	2	18,2	19	50,0	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

Sobre a autopercepção de saúde geral, a maioria dos longevos, 68,4% considera a sua saúde regular, 18,4% considera ruim e 13,2% boa. Percebe-se que a longevas consideram sua saúde geral regular (63%), 22,2% como sendo ruim e 14,8% como boa. Os homens longevos em sua maioria (81,8%) consideram sua saúde regular, 9,1% considera ruim e 9,1% boa (Tabela 10).

**Tabela 10 – Autopercepção de saúde conforme sexo**

<b>Autopercepção de saúde</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Boa	4	14,8	1	9,1	5	13,2	
Regular	17	63,0	9	81,8	26	68,4	0,5137
Ruim	6	22,2	1	9,1	7	18,4	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

Em relação ao uso de bebidas alcóolicas (Tabela 11), a maioria dos longevos nunca usou bebida alcoólica (57,9%), dos que fazem uso, 21,1% ingerem mensalmente, 10,5% semanalmente e 10,5% diariamente. A porcentagem de homens longevos que ingerem bebida alcóolica diariamente (27,3%) é maior do que as longevas (3,7%).

Tabela 11 – Uso de bebida alcoólica e fumo conforme sexo

<b>Uso de bebida alcoólica</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Nunca	16	59,3	6	54,5	22	57,9	0,1552
Mensalmente	7	25,9	1	9,1	8	21,1	
Semanalmente	3	11,1	1	9,1	4	10,5	
Diariamente	1	3,7	3	27,3	4	10,5	
<b>Uso de fumo</b>							
Nunca	21	77,8	5	45,4	26	68,4	0,0518
Parou de fumar	6	22,2	6	54,6	12	31,6	
Fumante	0	0	0	0	0	0	

Em relação ao uso de fumar (Tabela 11), 68,4% nunca fumou, 31,6% afirmam ter parado de fumar. Os homens longevos que já foram fumantes (54,6%) são maiores que as longevas (22,2%).

### 6.3 SAÚDE BUCAL

Para estimar a autopercepção de saúde bucal, utilizou-se o índice GOHAI,<sup>32</sup> composto por 12 perguntas, que procura avaliar se, nos últimos três meses, o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas bucais. Cada questão é dividida em escalas tipo Likert,<sup>42</sup> sempre = 1 ponto, repetidamente = 2 pontos, às vezes = 3 pontos, raramente = 4 pontos e nunca = 5 pontos. Nas perguntas 3, 5 e 7 estes valores devem ser considerados invertidamente em função do sentido da pergunta. Para determinação do índice final, somam-se os valores. O escore final do GOHAI é dividido em: Ruim ( $\leq 50$ ); Regular (51 a 56); Boa (57 a 60).

Tabela 12 – Autopercepção de saúde bucal segundo GOHAI

<b>GOHAI</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Boa	3	11,1	1	9	4	10,5	0.9656
Regular	8	29,6	3	27,3	11	28,9	
Ruim	16	59,3	7	63,7	23	60,6	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

Os longevos entrevistados classificaram, conforme o GOHAI, sua saúde bucal como ruim (60,6%), regular (28,9%) e boa (10,5%). Podemos observar que tanto as mulheres quanto os homens percebem sua saúde bucal como ruim, 59,3% e 63,7% respectivamente (Tabela 12).

**Tabela 13 – Detalhamento do Índice GOHAI**

<b>Questão</b>	<b>Nunca</b>		<b>Às vezes</b>		<b>Sempre</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1. Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses?	20	25,6	13	34,2	5	13,2
2. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	9	23,7	13	34,2	16	42,1
3. Foi capaz de engolir confortavelmente?	4	10,5	8	21,1	26	68,4
4. Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria?	30	79,0	4	10,5	4	10,5
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	6	15,8	12	31,6	20	52,6
6. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?	31	81,6	5	13,1	2	5,3
7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?	8	21,1	10	26,3	20	52,6
8. Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?	35	92,1	3	7,9	0	0
9. Preocupou-se com seus dentes, gengivas ou próteses?	17	44,7	11	29	10	26,3
10. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	25	65,8	11	28,9	2	5,3
11. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses?	30	79,0	7	18,4	1	2,6
12. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	27	71,1	10	26,3	1	2,6

Analisando as perguntas do GOHAI, descritas na Tabela 13, 34,2% dos longevos relataram que às vezes limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas bucais, por outro lado, 42,1% relatou ter sempre problemas mordendo ou mastigando alimentos mais duros. Em relação à capacidade de engolir confortavelmente, 68,4% referem sempre, 21,1% às vezes e 10,5% nunca. A maioria dos longevos (79,0%) refere nunca ter problemas com a fala. Sobre sentir desconforto ao comer, 25,6 relataram que sempre se sentem confortáveis para comer, 31,6% às vezes sentem desconfortáveis e 15,8% sentem desconforto.

Segundo os achados do GOHAI, 81,6% dos longevos relataram que nunca limitou o seu contato com as outras pessoas devido a problemas bucais, 52,6% se sentem felizes com o aspecto de seus dentes ou próteses, 79,0% não vê problemas ao alimentar-se na frente de outras pessoas. Em relação à dor e desconforto, 92,1% não utilizou medicamentos para aliviar sintomas e 71,1% referiu nunca ter sensibilidade nos dentes ou gengivas, 44,7% refere nunca ter se preocupado com os seus dentes, gengivas ou próteses, e a maioria (65,8%) referem que nunca se sentiram nervoso sobre problemas na boca (Tabela 13).

Relativo aos sintomas de xerostomia (Tabela 14), 84,2% dos longevos apresentavam algum sintoma e 15,8% não apresentavam sintomas. Tanto homens, quanto as mulheres apresentavam algum sintoma de xerostomia, 81,8% e 85,2% respectivamente.

**Tabela 14 – Sinais de xerostomia conforme sexo**

<i>Xerostomia</i>	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Total</i>		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Nenhum sintoma	4	14,8	2	18,2	7	15,8	0,7962
Algum sintoma	23	85,2	9	81,8	31	84,2	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	

Analisando o Índice de Atividades Diárias de Higiene Bucal (IADHB), Tabela 15, que os longevos obtiveram uma pontuação baixa, sendo a máxima 2 ( $\pm 0,5$ ). O resultado do IADHB demonstra a independência para realizar a higiene bucal, uma vez que quanto maior a pontuação obtida maior será a dependência (a pontuação varia de 0 a 30), dessa forma os longevos são independentes para realizar as suas atividades de higiene bucal.

**Tabela 15 – Índice de Atividades Diárias de Higiene Bucal (IADHB)**

<i>IADHB</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Média</i>	<i>Máximo</i>	<i>dp</i>	<i>p</i>
Feminino	0	0,3	2	$\pm 0,6$	0,0855
Masculino	0	0	0	$\pm 0,0$	
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,2</b>	<b>2</b>	<b><math>\pm 0,5</math></b>	

Quando analisado cada item de higiene bucal que compõe o IADHB, pode-se perceber se, mesmo sendo considerado independente para realizar as atividades, existe alguma dificuldade para fazê-las. A Tabela 16 demonstra que todos os homens longevos (100%) relataram não ter nenhuma dificuldade nas atividades diárias de higiene bucal. Em relação às mulheres, 74,07% relataram não ter dificuldade, seguido por 25,93% que percebem alguma dificuldade em realizar a higiene bucal.

A maioria (73,7%) dos longevos refere ter uma boa higiene bucal, 23,7% refere que é muito boa, 2,6% excelente. A frequência de escovação mais relatada foi de duas vezes ao dia ou mais (89,5%), o tipo de cerdas da escova é média (47,4%) e 86,9% não usam fio dental (Tabela 13).

**Tabela 16 – Higiene bucal conforme sexo**

<b>IADHB</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Nenhuma dificuldade	20	74,07	11	100,0	31	81,6	0,1741
Alguma dificuldade	7	25,93	0	0	7	18,4	
<b>Autopercepção de Higiene Bucal</b>							
Excelente	1	3,7	0	0	1	2,6	0,6892
Muito boa	7	26,0	2	18,2	9	23,7	
Boa	19	70,3	9	82,8	28	73,7	
<b>Frequência de escovação dos dentes e/ou próteses</b>							
Uma vez ao dia	3	11,1	0	0	3	7,9	0,4023
Duas vezes ao dia ou mais	23	85,2	11	100,0	34	89,5	
Três vezes por semana	1	3,7	0	0	1	2,6	
<b>Tipo de cerdas da escova</b>							
Macia	4	14,8	3	27,3	7	18,4	0,4034
Média	12	44,5	6	54,6	18	47,4	
Dura	6	22,2	2	18,2	8	21,0	
Não soube responder	5	18,5	0	0	5	13,2	
<b>Uso do fio dental</b>							
Não usa	23	85,2	10	90,9	33	86,9	0,7917
Usa diariamente	3	11,1	1	9,1	4	10,5	
Usa uma vez por semana	1	3,7	0	0	1	2,6	

Quando questionados sobre quanto tempo faz desde sua última consulta odontológica, a maioria dos longevos (57,9%) relatou que faz mais de três anos, 29% que faz menos de um ano. Os homens longevos que consultaram a menos de um ano perfazem 45,4%, já as mulheres longevas, 22,2%. Pode-se perceber que as mulheres longevas que consultaram há três ou mais anos (70,4%) é mais frequente



do que em relação aos homens longevos (27,3%), diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,0427$ ), como observado na Tabela 17.

**Tabela 17 – Acesso aos serviços de saúde bucal conforme sexo**

<b>Quanto tempo faz a última consulta odontológica</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Menos de um ano	6	22,2	5	45,4	11	29,0	0,0427
De 1 a 2 anos	2	7,4	3	27,3	5	13,1	
Três ou mais anos	19	70,4	3	27,3	22	57,9	
<b>Motivo da última consulta odontológica</b>							
Consulta de manutenção	18	66,7	4	36,3	22	57,9	0,1484
Dor	1	3,7	3	27,3	4	10,5	
Sangramento gengival	0	0	0	0	0	0	
Cavidades nos dentes	3	11,1	2	18,2	5	13,1	
Feridas na boca	2	7,4	0	0	2	5,3	
Outros motivos	3	11,1	2	18,2	5	13,2	
<b>Recebeu orientação de saúde bucal</b>							
Sim	2	7,4	3	27,3	5	13,2	0,1003
Não	25	92,6	8	72,7	33	86,8	
<b>Percepção da necessidade de avaliação odontológica</b>							
Sim	16	59,3	5	45,5	21	55,3	0,4376
Não	11	40,7	6	54,5	17	44,7	

Quanto aos motivos da última consulta odontológica (Tabela 17), a maioria dos longevos (57,9%) referiram ser consulta para manutenção, 13,2% por outros motivos, 13,1% devido à presença de cavidades nos dentes, 10,5% por dor e 5,3% por feridas na boca. Em relação aos homens longevos, 36,3% referem que a última consulta foi de manutenção, 27,3% consultaram devido à dor, 18,2% por presença de cavidade nos dentes, 18,2% por outros motivos. Quanto aos motivos que levaram as mulheres longevas a procurar, 66,7% consulta de manutenção, 11,1% devido à presença de cavidades nos dentes, 11,1% por outros motivos, 7,4% devido à presença de feridas na boca, 3,7% por dor.

A maioria dos longevos (86,8%) relata que nunca recebeu orientação profissional sobre cuidados com a saúde bucal, não houve diferença significativa entre homens e mulheres, sendo maior percentualmente em homens (Tabela 17). Sobre a percepção da necessidade de avaliação odontológica, 55,3% percebe a necessidade, embora a diferença da percepção da necessidade entre homens e

mulheres não ser estatisticamente significativa, as mulheres percebem mais a necessidade de avaliação (59,3%) do que os homens longevos (45,5%).

Quanto ao uso de prótese superior (Tabela 18), observa-se que 76,3% dos longevos utilizam Prótese Total (PT), seguido daqueles que não utilizam (13,2%), 7,9% Prótese Parcial Removível (PPR) e 2,6% mais de uma Ponte Fixa (PF).

A maioria das mulheres longevas (81,5%), na arcada superior, utilizam PT, seguido de 11,1% que utilizam PPR e 7,4% não utiliza nenhum tipo de prótese. Os homens longevos utilizam PT em sua maioria (63%), 27,3% não usa, 9,1% mais de uma PF (Tabela 18).

**Tabela 18 – Uso de prótese conforme sexo**

<b>Uso de prótese superior</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Não usa	2	7,4	3	27,3	5	13,2	0,0959
Uma ponte fixa	0	0	0	0	0	0	
Mais de uma ponte fixa	0	0	1	9,1	1	2,6	
Prótese Parcial Removível	3	11,1	0	0	3	7,9	
Prótese fixa + Removível	0	0	0	0	0	0	
Prótese Total	22	81,5	11	63,6	29	76,3	
<b>Uso de prótese inferior</b>							
Não usa	8	29,6	5	45,5	13	34,2	0,1793
Uma ponte fixa	0	0	1	9,1	1	2,6	
Mais de uma ponte fixa	0	0	0	0	0	0	
Prótese Parcial Removível	4	14,8	3	27,2	7	18,4	
Prótese fixa + Removível	2	7,4	0	0	2	5,2	
Prótese Total	13	48,2	2	18,2	15	39,6	

Em relação à arcada inferior, 39,6% usam PT, 34,2% não usam prótese, 18,4% usam PPR. Considerando o sexo, as longevas em sua maioria (48,2%) utilizam PT, 29,6% não usam e 14,8% que usam PPR. Já os longevos, 45,5% não possuem nenhum tipo de prótese, 27,2% usam PPR e 18,2% usam PT.

Pode-se observar na Tabela 19, que na arcada superior que metade dos longevos (50%) necessita de PT, 36,8% não necessitam, 10,5% necessitam de prótese de mais de um elemento e 2,6% de combinação de próteses.

Quanto às longevas, 55,6% necessitam de PT, 33,3% não tem necessidade, 7,4% necessitam de prótese de mais de um elemento e 3,7% necessita de combinação de próteses. Nos homens longevos percebe-se que 45,5% não tem necessidade, seguido por 36,4% que necessita de PT, 18,2% necessitam de prótese de mais de um elemento.

Tabela 19 – Necessidade de prótese conforme sexo

<b><i>Necessidade de prótese superior</i></b>	<b><i>Feminino</i></b>		<b><i>Masculino</i></b>		<b><i>Total</i></b>		<b><i>p</i></b>
	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>	
Não necessita	9	33,3	5	45,4	14	36,8	
Prótese de um elemento	0	0	0	0	0	0	
Mais de um elemento	2	7,4	2	18,2	4	10,5	0,5405
Combinação de próteses	1	3,7	0	0	1	2,6	
Prótese total	15	55,6	4	36,4	19	50	
<b><i>Necessidade de prótese inferior</i></b>							
Não necessita	7	25,9	2	18,2	9	23,7	
Prótese de um elemento	0	0	0	0	0	0	
Mais de um elemento	7	25,9	4	36,4	11	28,9	0,7905
Combinação de próteses	1	3,7	1	9,1	2	5,3	
Prótese total	12	44,5	4	36,3	16	42,1	

Na arcada inferior (Tabela 19), a maioria necessita de prótese, sendo 42,1% de PT, 28,9% de prótese de mais de um elemento, 5,3% de combinação de próteses. O percentual de longevos que não necessita de prótese inferior é de 23,7%.

Observando as mulheres longevas, percebe-se que a maioria (44,5%) necessita de PT, 25,9% de prótese de mais de um elemento, 3,7% de combinação de próteses, 25,9% não necessita de prótese. Em relação aos homens longevos, 36,4% necessitam de prótese de mais de um elemento, 36,3% de PT, 9,1% de combinação de próteses e 18,2% não necessita de prótese.

Quanto aos motivos da necessidade de prótese dentária superior, descritos na Tabela 20, observa-se que a maioria (23,7%) necessita em função da estética, seguido por problemas de retenção (10,5%) ou estabilidade (10,5%), além daqueles longevos que não utilizavam prótese superior (10,5%), mas apresentavam a necessidade de usar.

Nos longevos, em relação aos motivos da necessidade prótese inferior, 31,6% não usava prótese e necessitava de reabilitação, os problemas com a retenção foram encontrados em 15,8%, seguido por problemas estéticos (10,5%). Observa-se que, tanto nas mulheres (29,6%) quanto nos homens longevos (36,4%), não usava prótese inferior, mas necessitavam usar. Nas longevas os problemas de retenção (14,8%) foram maiores que os de fixação (11,1%), de estética (11,1%) e de estabilidade (7,4%).

Tabela 20 – Motivo da necessidade de prótese conforme sexo

<b>Motivo da necessidade de prótese superior</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Não necessita	9	33,4	6	54,5	15	39,5	0,4899
Retenção	3	11,1	1	9,1	4	10,5	
Estabilidade	4	14,8	0	0	4	10,5	
Fixação	2	7,4	0	0	2	5,3	
Estética	7	25,9	2	18,2	9	23,7	
Ausência	2	7,4	2	18,2	4	10,5	
<b>Motivo da necessidade de prótese inferior</b>							
Não necessita	7	26,0	3	27,2	10	26,3	0,9183
Retenção	4	14,8	2	18,2	6	15,8	
Estabilidade	2	7,4	1	9,1	3	7,9	
Fixação	3	11,1	0	0	3	7,9	
Estética	3	11,1	1	9,1	4	10,5	
Ausência	8	29,6	4	36,4	12	31,6	

O número esperado de dentes que um ser humano tem em suas arcadas dentárias (superior e inferior), perfaz um total de 32 dentes. Com base nessa informação, se multiplicarmos os 32 dentes pelo número de longevos do estudo (38), o número total seria de 1.216 dentes.

Em relação a esse total de dentes (1.216), desses, 84,4% estavam perdidos, os dentes hígidos (sem doença) presentes na cavidade bucal representam 8,7%, cariados 1% e obturados 5,9%. Observa-se nos homens longevos uma distribuição de 73,6% dentes perdidos, 12,5% obturados, 11,9% hígidos e 2% cariados. As longevas possuem 88,7% de dentes perdidos, 7,4% de dentes hígidos, 2,2% obturados e 0,7% cariados (Tabela 21).

Tabela 21 – Condições dos dentes conforme sexo

<b>Dentes</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hígidos	64	7,4	42	11,9	106	8,7
Cariados	6	0,7	7	2,0	13	1,0
Obturados	28	2,2	44	12,5	72	5,9
Perdidos	766	88,7	259	73,6	1025	84,4
<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>1216</b>	<b>100,0</b>

A média do CPOD (número de Dentes Perdidos, Cariados e Obturados) dos longevos foi de 29,2 ( $\pm 3,7$ ) com o componente de dentes perdidos de 84,4%. Em relação às mulheres, o CPOD médio (29,6  $\pm 3,6$ ) foi mais alto do que os homens longevos (28,2  $\pm 4,0$ ), com o componente de dentes perdidos de 88,7% e 73,6% respectivamente (Tabela 22).

**Tabela 22 – CPOD conforme sexo**

<b>Sexo</b>	<b>CPOD mínimo</b>	<b>CPOD médio</b>	<b>CPOD máximo</b>	<b>dp</b>	<b>p</b>
Feminino	20	29,6	32	$\pm 3,6$	0,2970
Masculino	22	28,2	32	$\pm 4,0$	
<b>Total</b>	20	29,2	32	$\pm 3,7$	

A condição periodontal foi avaliada com a utilização de dois índices: o Índice Periodontal Comunitário (CPI) e o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP). O CPI permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa. Para tanto, a boca é dividida em sextantes, definidos pelos grupos de dentes (de canino a canino superiores e inferiores, de pré-molares a molares direita e esquerda, superiores e inferiores) a presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia é pré-requisito ao exame do sextante, sem isso, o sextante é excluído.

A Tabela 23 descreve o número de sextantes excluídos, os longevos em que todos os sextantes foram excluídos representaram 57,9%. Em relação aos homens longevos, 45,4% com todos os sextantes excluídos, já as mulheres longevas, 63% com todos os sextantes excluídos.

**Tabela 23 – Número de sextantes excluídos por longevo**

<b>Sextantes excluídos</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Nenhum	1	3,7	0	0	1	2,6	0,1580
Um	0	0	1	9,1	1	2,6	
Dois	0	0	1	9,1	1	2,6	
Três	1	3,7	1	9,1	2	5,3	
Quatro	1	3,7	2	18,2	3	7,9	
Cinco	7	25,9	1	9,1	8	21,1	
Todos	17	63,0	5	45,4	22	57,9	

Foi possível estimar as condições periodontais de 16 longevos, pois estes possuíam sextantes para serem examinados. Dentre esses, em relação à presença de sangramento gengival, 43,7% apresentavam sangramento em pelo menos um sextante, 31,2% ausência de sangramento, 12,7% em dois sextantes, 6,3% em três e 6,3% em todos os sextantes (Tabela 24). A ausência de sangramento gengival nos homens foi de 66,8%, o que contrastou nas mulheres longevas (10%), sendo esse resultado considerado estatisticamente significativo ( $p=0,0334$ ).

Em relação à presença de cálculo gengival (tártaro), pode-se observar na Tabela 21 que 43,7% longevos apresentavam cálculo em um sextante examinado, 31,2% não tinha a presença de cálculo, 12,5% com cálculo em dois sextantes, 6,3% em três e 6,3% em todos os sextantes. Nos homens longevos, 33,3% presença de cálculo em três sextantes, 16,7% em dois sextantes, 16,7% em um sextante, 33,7% não apresentava cálculo. Quanto às mulheres longevas, 60% cálculo em um sextante, 20% ausência de cálculo, 10% cálculo em dois sextantes, 10% em cinco sextantes. A maioria dos longevos (68,8%) não apresentava bolsa periodontal, 18,7% bolsa rasa e 12,5% bolsa profunda (Tabela 24).

**Tabela 24 – Índice Periodontal Comunitário (CPI)**

<b>Sangramento gengival</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Ausência	1	10,0	4	66,8	5	31,2	
Presença em um sextante	7	70,0	0	0	7	43,7	
Em 2 sextantes	1	10,0	1	16,7	2	12,5	0,0334
Em 3 sextantes	0	0	1	16,7	1	6,3	
Em todos os sextantes	1	10,0	0	0	1	6,3	
<b>Presença de Cálculo</b>							
Ausência	2	20,0	2	33,3	4	25,0	
Presença em um sextante	6	60,0	1	16,7	7	43,7	
Em 2 sextantes	1	10,0	1	16,7	2	12,5	0,2035
Em 3 sextantes	0	0	2	33,3	2	12,5	
Em 5 sextantes	1	10,0	0	0	1	6,3	
<b>Bolsa Periodontal</b>							
Ausência	7	70,0	4	66,6	11	68,8	
Bolsa rasa	2	20,0	1	16,7	3	18,7	0,9224
Bolsa profunda	1	10,0	1	16,7	2	12,5	

A perda de inserção periodontal entre 4 e 3mm é a mais frequente nos longevos (62,4%), seguida pela perda entre 6 e 8mm (25%). Embora não sendo uma diferença significativa, as mulheres tem mais perda de inserção do que os homens, o que pode ser observado na Tabela 25.

**Tabela 25 – Perda de inserção periodontal (PIP)**

<b>Perda de inserção periodontal (PIP)</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Perda de 0 a 3mm	0	0	1	16,7	1	6,3	0,2793
Perda entre 4 e 5mm	7	70,0	3	49,9	10	62,4	
Perda entre 6 e 8mm	3	30,0	1	16,7	4	25,0	
Perda de 12mm ou mais	0	0	1	16,7	1	6,3	

Quando examinado os tecidos bucais, a maioria dos longevos (76,3%) não apresentavam lesões no momento do exame, 13,2% apresentava uma lesão e 10,5% apresentava mais de uma lesão (Tabela 26). A maioria (81,8%) dos homens longevos não apresentavam lesões, 9,1% apresentavam uma lesão e 9,1% mais de uma lesão. Em relação às mulheres longevas, 74,1% sem lesão, 14,8% uma lesão e 11,1% mais de uma lesão.

**Tabela 26 - Presença de lesões bucais**

<b>Presença de lesão bucal</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Sem lesão	20	74,1	9	81,8	29	76,3	0,8666
Uma lesão	4	14,8	1	9,1	5	13,2	
Mais de uma lesão	3	11,1	1	9,1	4	10,5	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	

## 7 DISCUSSÃO

A média de idade dos participantes deste estudo foi bastante alta, quando comparado aos estudos sobre saúde bucal em idosos.<sup>1,8,45</sup> Não houve diferença etária entre os sexos, demonstrando que, em relação ao fator idade, o grupo de longevos foi homogêneo. Vale ressaltar que, nenhum outro trabalho sobre saúde bucal foi encontrado na literatura com todas as variáveis analisadas deste estudo, o que demonstra o ineditismo deste trabalho.

Dessa forma, é importante relatar a dificuldade para encontrar estudos semelhantes, os mais prevalentes são estudos sobre saúde bucal de idosos acima de 60 anos, institucionalizados ou não, contemplando alguns aspectos, nem os levantamentos nacionais<sup>7,29</sup> contemplam todos os aspectos que envolvem a saúde bucal dos idosos, além de serem somente representativos para os idosos dos 65 a 74 anos. Nota-se também que, na literatura existente, não há uma padronização dos instrumentos de coleta de dados, embora sendo validados e alguns destes recomendados pela *WHO*,<sup>27</sup> a forma de interpretação desses dados varia muito nas pesquisas, o que dificulta a comparação.

No presente estudo, a composição maior foi das mulheres longevas, segundo Camarano,<sup>46</sup> o envelhecimento populacional é marcado por maior longevidade entre mulheres. No Brasil, conforme os dados do IBGE,<sup>12</sup> a população de mulheres idosas vivem em média oito anos a mais que os homens idosos. Uma explicação pode estar relacionada ao estilo de vida dos homens, que os deixa mais suscetíveis à taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares e a causas externas, tais como o álcool, tabaco, drogas, violência e acidentes de trânsito.

Estudos sobre saúde bucal de idosos acima de 60 anos,<sup>47-52</sup> tem mostrado uma predominância das mulheres, embora exista uma clara feminização do envelhecimento, esses estudos levam a crer que as mulheres tem a tendência de participar mais de pesquisas, já que a maioria desses estudos são compostos por amostras de conveniência, uma vez que as idosas procuram mais os serviços de saúde e participam mais de grupos de convivência do que os homens.

Os homens longevos desta pesquisa eram, em sua maioria, casados, já as mulheres eram todas viúvas, essa diferença foi considerada estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). A literatura aponta que na terceira idade existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária.<sup>53,54</sup> Segundo o estudo de



Salgado,<sup>53</sup> culturalmente, as mulheres tendem a casar com homens mais velhos do que ela e pelo fato de serem mais longevas, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Outra explicação dada pela autora, para o fenômeno de um maior número de mulheres viúvas nessa faixa etária, se deve ao fato de que os viúvos voltam, mais do que as viúvas, a se casar depois de enviudar, essa situação é a mesma para os divorciados.<sup>53</sup>

Pesquisas mostram que idosos apresentam nível educacional mais baixo do que a população em geral.<sup>55,56,57</sup> A baixa escolaridade reflete as condições sociais do período de início do século XX, época em que as possibilidades de acesso à educação eram extremamente desiguais. Conforme dados do censo de 2010,<sup>12</sup> 22% dos idosos gaúchos com 70 anos ou mais, possui pelo menos o primário completo, percentual menor que os 63% dos longevos do presente estudo, com esse mesmo nível educacional, portanto a escolaridade foi maior do que a esperada.

A maioria dos longevos desta pesquisa é adepto a alguma religião, sendo que a maioria professa a fé católica. A religiosidade é um componente reconhecidamente importante na cultura brasileira<sup>59</sup> e no que se refere ao predomínio do catolicismo, torna-se importante ressaltar que estudos sobre a religião no Brasil<sup>60,61</sup> apontam o fenômeno do sincretismo religioso, no qual se verifica a convivência do catolicismo, hegemônico oficialmente, com outras manifestações religiosas. Os longevos professarem alguma religião é importante, uma vez que, a literatura evidencia que a espiritualidade tem relações com a qualidade de vida das pessoas.<sup>59</sup>

Relativo à autopercepção de saúde geral, a maioria dos longevos deste estudo considera a sua saúde regular. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Nunes *et al.*,<sup>57</sup> com idosos acima de 60 anos, em que 66,5% dos idosos consideraram sua saúde regular e ruim. Por outro lado, outros estudos<sup>54,62</sup> encontraram uma autopercepção de saúde ótima e boa nos idosos acima de 60 anos.

Paskulin e Vianna,<sup>54</sup> afirmam em seu estudo, que apesar de a maioria dos idosos ter referido boa saúde, uma grande proporção relatou ser portador de doenças crônicas ou fazer uso frequente de medicamentos, o que, segundo os autores, reforça a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos.

Quase todos os longevos da presente pesquisa referiram serem portadores de doenças crônicas, sendo a Hipertensão a mais prevalente, além disso, os

longevos referiram uma média de 3,0 ( $\pm 2,1$ ) morbidades, o que pode ter contribuído para que autopercepção de saúde geral fosse negativa.

A autopercepção de saúde bucal dos longevos deste estudo, segundo o GOHAI, foi considerada ruim pela maioria (60,6%). Estudos com idosos, No estudo de Furtado *et al*, no qual utilizou-se o GOHAI, foram encontrados resultados semelhantes, em que a maioria dos idosos (54,2%) consideraram sua saúde bucal ruim. No estudo de Henrique *et al*,<sup>63</sup> os idosos também consideraram sua saúde bucal ruim.

Por outro lado, estudos com idosos acima de 60 anos, que também utilizaram o GOHAI, mostraram que os idosos têm avaliado sua saúde bucal como sendo boa.<sup>61,64</sup>

O estudo de Bulgarelli e Manço,<sup>50</sup> que avaliou idosos de 60 a 91 anos, desses 10% de idosos com 80 anos ou mais, também contrastou com os resultados obtidos na presente pesquisa com longevos. Os autores relataram no seu resultado, que com o avançar da idade, maior foi a satisfação com a saúde bucal e alegam que devido à despreocupação com o tempo, os idosos se tornam mais tolerantes com os problemas da cavidade bucal que surgem ao longo da velhice e, neste contexto, relataram maior satisfação com a saúde bucal.

Os resultados da presente pesquisa com longevos demonstram a sua insatisfação com a saúde bucal, uma vez que apenas 10,5% consideraram sua saúde bucal boa.

Embora o GOHAI seja um instrumento de avaliação subjetiva, não servindo para um diagnóstico das doenças bucais,<sup>32</sup> a utilização desse índice demonstrou ser um importante preditor para indicar problemas bucais. Além disso, o GOHAI é um instrumento que pode ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde e pode ser utilizado como um meio de identificar a necessidade de avaliação odontológica.

Os longevos da presente pesquisa utilizam uma média muito alta de medicamentos, em média 3,9 ( $\pm 2,8$ ), quando comparado com estudos realizados com idosos acima de 60 anos. O estudo de Castro *et al*,<sup>65</sup> encontrou um número médio de 3,5 medicamentos, e o estudo de Mosegui *et al*,<sup>66</sup> média de 3,2 medicamentos, sendo considerado pelos autores números elevados. O uso simultâneo de medicamentos contribui para o aparecimento de efeitos adversos.<sup>66</sup> Conforme o estudo de Pertotto *et al*,<sup>67</sup> existe uma relação entre a quantidade de

medicamentos contínuos utilizados na terceira idade e a presença de xerostomia, ou seja, sensação de ressecamento bucal.

Grande maioria dos longevos deste estudo referiram sintomas de xerostomia. Pesquisas tem mostrado que a boca seca é uma das queixas mais comuns encontradas entre os idosos.<sup>68-71</sup> Uma vez que a saliva desempenha um papel importante na cavidade bucal, torna-se importante identificar esse sintoma.

A saliva tem a capacidade de umidificar os tecidos da cavidade bucal, essa propriedade lubrificante facilita a fonética, a deglutição, a formação do bolo alimentar, auxilia a retenção de próteses e protege o tecido bucal de danos causados por microorganismos e injúrias mecânicas.<sup>72</sup>

Estudos apontam que doenças como Hipertensão, Diabetes, transtornos neurológicos e Depressão podem causar destruição progressiva de parênquima glandular, muitas vezes de forma irreversível, às vezes podem afetar vasos ou nervos ocasionando efeitos passageiros e de caráter reversível.<sup>73,74</sup> Essa alterações nas glândulas salivares pode levar à xerostomia.

Como já mencionado, os longevos desta pesquisa relataram Hipertensão como doença mais prevalente, as outras doenças mais referidas foram artrose (42,1%), cardiopatias (26,3%), Diabetes (26,3%), o que pode explicar também a grande frequência de sintomas de xerostomia. Dados, do estudo de Silva, revelaram que o fato do idoso possuir doenças crônicas e necessitar de tratamento dentário estava associado de forma significativa à xerostomia.

O diagnóstico de xerostomia se fundamenta nos dados obtidos através da história clínica geral do paciente, por isso uma anamnese adequada deve ser realizada. O tratamento é baseado em: medidas preventivas de higiene bucal, manejo dos tecidos moles e duros, estimulação das glândulas salivares, seja mecânica ou gustativa, estimulação por medicamentos, uso de saliva artificial, controle das infecções, suspensão, diminuição ou substituição das drogas por outras, com menos efeitos anticolinérgicos.<sup>75,76</sup>

Referente à higiene bucal, o longevos desta pesquisa não dependiam de outras pessoas para realizar essa atividade, embora alguns (18,4%) relataram alguma dificuldade para fazê-la.

A higiene bucal é importante para remover a placa bacteriana. Essa placa, que pode ser definida como um aglomerado bacteriano que forma uma película e se adere na superfície dentária e de próteses, causa alterações inflamatórias e

imunológicas no periodonto, como defesa à invasão microbiana, assim como alterações na superfície do tecido mineralizado do dente, sendo, portanto, a placa bacteriana o fator determinante da Doença Periodontal e da Cárie.<sup>77,78</sup> Além disso, a literatura tem evidenciado relações entre o acúmulo de placa bacteriana e doenças sistêmicas.<sup>79</sup>

A higiene bucal precária por si só está relacionada a infecções pulmonares subsequentes, ao maior número de episódios de febre e ao desenvolvimento de pneumonia, quando comparada a pessoas que possuem uma adequada higiene bucal independente da faixa etária.<sup>79</sup>

Estudo de revisão de literatura<sup>78</sup> mostra a associação entre os patógenos periodontais e a presença de Doença Aterosclerótica Coronariana. As bactérias presentes na periodontite rompem o epitélio e penetram no tecido conjuntivo, alcançando a circulação sistêmica e posteriormente instalando-se no endotélio coronariano. Esse mesmo estudo aponta que o risco de desenvolver bacteremia aumenta em 17,2% na faixa etária de 80 anos.<sup>78</sup>

A literatura<sup>78</sup> evidencia que o controle da placa através remoção mecânica (escovação dos dentes e próteses), de pelo menos duas vezes ao dia, pode diminuir o risco de desenvolver doença cardiovascular. Embora a maioria dos longevos referisse ter uma boa higiene bucal e que escovam duas vezes ao dia ou mais, a presença de placa bacteriana nos dentes remanescentes e próteses foi evidente. Grande parte dos longevos não recebeu orientação de como evitar problemas bucais, o que pode explicar a higiene bucal inadequada.

Os cuidados diários de higiene bucal devem ser sistematizados e adotados como parte da rotina dos cuidados do idoso e adequados conforme a sua condição funcional e cognitiva.

Os longevos desta pesquisa, em sua maioria usa Prótese Total, tanto na arcada superior (76,3%) quanto na arcada inferior (39,6%), sendo esses percentuais maiores do que os idosos mais jovens.<sup>56</sup>

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2010,<sup>29</sup> a porcentagem de usuários de PT foi de 63,1%, um total de 7,6% das pessoas examinadas usava PPR, um percentual de 3,8% dos examinados usava uma PF. O uso de combinação de próteses (Prótese Fixa + Removível) se limitou a 1,2% das pessoas examinadas.

O estudo de Colussi *et al*,<sup>56</sup> realizado com idosos de Biguaçu (Santa Catarina), também relatou um alto uso de PT superior (60,3%) e de PT inferior

(27%). Em outro estudo realizado com idosos institucionalizados de Fortaleza (Ceará),<sup>80</sup> os que utilizavam prótese, 28,8% PT superior e 16,9% utilizavam PT inferior.

O alto índice de necessidade de próteses dos longevos (81,6%), embora percentualmente menor, são semelhantes aos encontrados no estudo de Fortaleza,<sup>80</sup> em que foi observada uma necessidade de prótese superior em 84,4% dos participantes e 88,7% de prótese inferior. Em outro estudo realizado em instituições para idosos, públicas e filantrópicas de longa permanência na cidade de Goiânia,<sup>81</sup> foi observada uma necessidade de uso de próteses de 80,2%. Também nos idosos residentes em Biguaçu, foi constatada uma elevada necessidade de tratamento protético, sendo 63,9% na arcada superior e 79,8% na arcada inferior.<sup>54</sup>

Com efeito, pesquisas com idosos institucionalizados apresentam prevalências mais severas de necessidade de prótese, quando comparadas com estudos de base populacional. Porém, é preocupante perceber que os longevos se encontram em situação de necessidade de reabilitação protética semelhante aos idosos institucionalizados.

Dados da produção ambulatorial do SUS<sup>82</sup> indicam que, no ano de 2012, foram confeccionadas 12.605 próteses em longevos. Esse número corresponde a 4,2 próteses para cada 1.000 habitantes nessa faixa etária. A proporção de próteses dentárias confeccionadas em longevos é menor que as observadas em todas as outras faixas etárias de idosos, que variaram de 8,8 por mil em idosos entre 65 e 69 anos e 7,1‰ em idosos entre 75 a 79 anos. Observa-se, portanto, que a proporção de próteses aprovadas pelo SUS em longevos foi quase metade da aprovada nas outras faixas etárias de idosos.

Sendo a reabilitação protética um fator importante para o reestabelecimento das condições bucais ideais,<sup>1,21</sup> essa baixa aprovação de próteses pelo SUS pode refletir a falta de acesso desses longevos aos serviços odontológicos especializados.

Além disso, pode retratar desconhecimento por parte dos profissionais sobre as necessidades dos longevos, visto que não temos dados nacionais sobre essa faixa etária, também a percepção de que o longevo não precisaria investir em uma reabilitação protética por estar “no fim da vida”.

Dados do último censo do IBGE<sup>12</sup> demonstram que a esperança de vida relacionada à idade de um idoso que está na faixa etária de 80 a 84 anos é de 8,6 anos, da faixa de 85 a 89 anos é de 6,6 anos e de 90 anos ou mais a esperança de

vida é de viver mais 5,0 anos. Desta forma, o profissional de saúde deve levar em consideração a expectativa de vida de um longo vivo com 90 anos, pois o mesmo irá utilizar uma prótese dentária por cinco anos, o que justifica a reabilitação protética.

Com relação à doença Cárie, os longevos, da presente pesquisa, apresentaram um CPOD médio de 29,2 com um componente de dentes perdidos de 84%. A média nacional encontrada no SB Brasil 2003, para o grupo etário de 65 a 74 anos, referente ao CPOD, foi de 27,8, a participação do componente “perdido” foi de 93%. No mesmo levantamento realizado em 2010, com a mesma faixa etária (65 a 74 anos), traz como média nacional, um CPOD de 27,5 com um percentual de 92% de dentes perdidos. Padilha *et al*,<sup>83</sup> observou uma maior mortalidade em idosos edêntulos, talvez por isso os longevos sobreviventes apresentaram um número maior de elementos dentários.

Os achados desta pesquisa corroboram com a literatura, pois a mesma tem evidenciado que o índice CPOD nos idosos é elevado, com altos componentes de dentes perdidos. No estudo de Colussi *et al*,<sup>54</sup> o CPOD médio de idosos de 75 anos ou mais foi de 30,2 com o percentual de dentes perdidos de 96,6%. Em outro estudo, realizado com idosos de 65 a 74 anos, o CPOD médio foi de 31,1 com 92,6% dos dentes perdidos.<sup>49</sup> Estudo realizado por Mesas *et al*,<sup>84</sup> em idosos acima de 60 anos, a média do CPOD foi de 27,9 com percentual de dentes perdidos de 85,9%. Em idosos institucionalizados, como mostram os estudos de Gaião *et al*<sup>80</sup> e de Reis *et al*,<sup>81</sup> o CPOD médio foi de 29,7 (88,8% de perdidos) e 30,2 (95,4% de perdidos) respectivamente.

Embora o CPOD dos longevos seja alto quando comparado com os dados oficiais dos levantamentos nacionais e aos achados na literatura, o componente de dentes perdidos foi percentualmente menor. O que chama bastante a atenção nos longevos é o percentual de dentes hígidos (8,7%), número superior ao encontrado nos demais estudos.<sup>7,29,49,54,80,81,84</sup>

O CPOD apresenta pouca sensibilidade para estimar Cárie progressiva em idosos, pois não permite conhecer o verdadeiro motivo que levou à perda dentária, porém ele foi adotado porque continua sendo o índice mais usado nos estudos dessa população e tem constituído a base de comparação entre os levantamentos epidemiológicos.

Estimar as perdas dentárias revela toda uma história da relação do indivíduo com o acesso aos serviços de saúde, em que o modelo tradicional o expôs a uma prática mutiladora que solucionou pontualmente a dor.

A Doença Periodontal apresenta dentre os seguintes sinais: perda de inserção, profundidade de bolsa, placa bacteriana acumulada, cálculo e inflamação gengival. A literatura evidencia que a presença de xerostomia, sintoma frequente relatado pelos longevos desta pesquisa, pode ocasionar e até agravar a Doença Periodontal.<sup>85</sup>

Importante ressaltar que poucos estudos têm contemplado as condições periodontais dos idosos, provavelmente em função do grande grau de edentulismo encontrado nessa faixa etária.<sup>80,84,86</sup> Além disso, apesar de utilizarem os mesmos índices de avaliação (CPI e PIP), pode-se observar que não existe uma padronização na análise e na interpretação dos dados.

Nos longevos deste estudo, 57,9% não possuíam nenhum sextante para ser examinado, ou seja, com pelo menos dois dentes presentes, entretanto foi possível estimar as condições periodontais de 16 longevos. A presença de sangramento gengival foi encontrada em 68,8% dos longevos avaliados, cálculo em 75%, presença de bolsa periodontal em 31,2% e perda de inserção periodontal em quase todos (97,3%). O que sugere que os longevos devam ter perdido seus dentes devido à Doença Periodontal. Existe um consenso na literatura<sup>80,84,86</sup> quanto à alta frequência de cálculo e bolsa periodontal em idosos, fato observado na presente pesquisa. Diante disso, pode-se observar que os longevos estudados, apresentam uma demanda importante de tratamento periodontal.

Os longevos dessa pesquisa, quando questionados sobre quanto tempo faz desde sua última consulta odontológica, 57,9% relataram que faz mais de três anos. Houve uma diferença significativa entre homens e mulheres, 45,4% dos homens consultaram a menos de um ano da data da entrevista e 70,4% das mulheres longevas relataram que fazem mais de três anos desde a última consulta. Quanto aos motivos que levaram os homens a procurarem o dentista, observam-se situações mais agudas, pois 45,5% eram referentes à dor ou a presença de cavidade nos dentes. Já com relação às mulheres longevas, observa-se uma preocupação mais preventiva, pois 66,7% foram consultas de manutenção. O que pode sugerir que as mulheres procuram ter uma rotina de consultas de

acompanhamento e, que os homens só procuram o dentista quando existe uma demanda aguda.

Interessante observar que mesmo os longevos apresentando muitas demandas referentes à sua saúde bucal, 44,7% não percebem essa necessidade. Mesmo com a autopercepção de saúde bucal destes longevos sendo ruim, a falta de percepção da necessidade de consulta odontológica é um fator preocupante. Diante disso, Dockhorn argumenta sobre a importância dos dentes para as pessoas e questiona sobre se somente um grande mal-estar ou dor leva as pessoas a eliminar seus dentes, procurando alívio porque, “tanto faz ter dentes ou não, ter próteses ou não”.<sup>87</sup>



## 8 CONCLUSÃO

As necessidades de cuidados bucais dos idosos longevos são importantes e amplas. Os dados obtidos nesta pesquisa mostram as marcas deixadas pelo tempo e pela falta de acesso e conhecimento sobre cuidados bucais nesta faixa etária. Existe uma falta de percepção quanto à necessidade de tratamento odontológico.

Pôde-se observar que a maioria dos longevos referiram sintomas de xerostomia, que deve ser abordada através de uma interação com outras áreas da saúde, principalmente com o farmacêutico e o médico prescritor. Presença de placa bacteriana nos dentes remanescentes e nas próteses dentárias o que pode ter repercussões sistêmicas. Concluindo que os longevos apresentam uma demanda importante de tratamento periodontal.

Os idosos longevos têm necessidades importantes de reabilitação protética, as quais não vêm sendo supridas pelo nosso sistema de saúde e provavelmente estejam afetando o seu estado nutricional e de saúde geral. Os idosos e seus cuidadores devem ser conscientizados de que existe uma necessidade contínua de cuidados bucais, mesmo que apresentem poucos, ou nenhum dente remanescente.

A avaliação multidimensional sugerida pelo MS, no Caderno de Atenção Básica da Saúde da Pessoa Idosa,<sup>39</sup> não contempla questões sobre saúde bucal. Como a presente pesquisa foi realizada em um contexto multiprofissional, foi possível perceber a importância da saúde bucal na avaliação multidimensional do longevo. Sugere-se que sejam incluídas questões sobre autopercepção de saúde bucal, sintomas de xerostomia e uso e necessidade de prótese dentária.

Percebe-se que os longevos necessitam de um acompanhamento específico, multiprofissional. Neste contexto, existe o papel do Odontogeriatra que deve colaborar no tratamento integral dos problemas de saúde do idoso, articulando o seu conhecimento odontológico e inserido em uma equipe multiprofissional, buscando a interdisciplinaridade.

O trabalho da equipe multiprofissional de saúde deve ser constantemente alicerçado na expectativa de vida do longevo, buscando proporcionar um aumento na qualidade dos anos que lhe restam de vida.

Preconiza-se a criação de serviços de atenção à saúde específica para essa população com ênfase no acompanhamento domiciliar multiprofissional, visto que

muitos desses longevos apresentam dificuldade de locomoção e econômicas de se deslocarem.

Além disso, sugere-se que a faixa etária de 80 anos ou mais seja incluída no levantamento epidemiológico nacional, com o objetivo de se conhecer mais sobre essa população longeva que mais cresce no nosso país.

## REFERÊNCIAS

- 1 Barbosa KGN. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, 10 (3) 227- 231, jul./set., 2011.
- 2 Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglioni C, Coronatto EAS. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. *RFO*, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio/agosto 2008.
- 3 IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Documentação dos Microdados da Amostra. IBGE: 150p. nov. 2002.
- 4 Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.
- 5 Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.
- 6 Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005 *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):191-199, 2006.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde, Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003- Resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.
- 8 Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5):1313-1320, set-out, 2002.
- 9 Souza MR, Genestra M. A terceira idade na região sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro e a importância da inclusão da odontogeriatrics no currículo odontológico. *Odontol clín-cient*, set-dez; 2(3): 217-223, 2003.
- 10 Somchinda A, Fernandes FC, Cormack EF. Saúde e qualidade de vida na Terceira idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados [monografia]. Brasília; 2003.
- 11 Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. *Semiologia do idoso*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap. 9, p. 154-183.
- 12 IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011.
- 13 Menezes TMO, Lopes RLM. Produção do conhecimento sobre idoso longo: 1998-2008 *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):569-74.

- 14 Rivaldo EG, Padilha DMP, Frasca LCF, Rybu BR. Envelhecimento e saúde bucal. *Stomatos, Canoas*, v.14, n.26, jan./jun. 2008.
- 15 Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu. São Paulo; 1996.
- 16 Papaléo Neto MO. Estudo da Velhice no Século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 17 Jeckel-Neto EA, Cunha GL. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 18 Da Cruz IBM, Schwanke CHA. Reflexões sobre biogerontologia como uma ciência generalista, integrativa e interativa. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v.3, p.7-36, 2001.
- 19 Padilha D, Hilgert JB, Hugo F. Saúde Bucal. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 20 Guimarães MLR, Hilgert JB, Hugo FN, Corso AC, Nocchi P, Padilha DMP. Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, jan./mar. 2005.
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 22 Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Med Port* 2005; 18: 459-466.
- 23 Kina L, Belotti A, Brunetti RF. Alterações da sensibilidade gustativa do paciente idoso. *Atual Geriatr* 1998 ; 3:20-2.
- 24 Brunetti RF, Monenegro FLB. Odontologia Geriátrica e o novo século. In: Brunetti RF, Monenegro FLB. *Odontogeriatrics – Noções de Interesse Clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- 25 Bós AJG, Pedro REL, Lewandowski A, Lazzarotto DJ, Linden MSS, Carli JP, Linden LAS, Giaretta BM, Trentin MS. Situação atual da Saúde Bucal nos Idosos do Rio Grande do Sul. In: João Paulo De Carli; Ricardo Cauduro Neto; Maria Salete Sandini Linden. (Org.). *Multidisciplinaridade na saúde bucal*. 5ed.Porto Alegre: RGO, 2012, v. 1, p. 36-40.
- 26 Brasil. Ministério da Saúde, 1988. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, MS.

- 27 WHO. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
- 28 SES. Secretaria Estadual de Saúde. SB Brasil 2003 Condições de Saúde Bucal na População Brasileira: Ampliação da Amostra para o Rio Grande do Sul. Relatório Final. Porto Alegre/RS. Outubro, 2003.
- 29 Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, DF, 2011.
- 30 Rios LR. Distúrbios bucais na terceira idade [monografia]. Campinas: Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; 2006.
- 31 I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Anais: Relatório Final. Brasília (DF): UnB; 1986.
- 32 Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dental Educ. 1990;54:680-7.
- 33 Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. Austr Dent J. 1994;39:358-64.
- 34 Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. J Dent Res. 1995;74:1408-13.
- 35 Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD (Ed.). Measuring Oral Health and Quality of life. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina, 1997. p. 151-160.
- 36 Neri AL. Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.13-9.
- 37 Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Volume 12 - Nº 4 - out/dez de 2003.
- 38 Bós AJG. Relatório de pesquisa do Projeto Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul, 2011. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <al\_odonto@yahoo.com.br> em 22 maio de 2012.
- 39 Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- 40 Bauer JG. The index ADOH: concept of measuring self care functioning the elderly. Special care dentistry v. 21, p. 63-67, 2001.

- 41 Thomsom WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Williams SM. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to mensuring dry mouth. *Community Dent Health*, v. 16, p. 12-17. 1999.
- 42 Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology* 140: pp. 1-55, 1932.
- 43 Bós AJG. Epi Info® sem mistérios: um manual prático [recurso eletrônico] / Ângelo José Gonçalves Bós. – Dados eletrônicos – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. 211 p. Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: <http://www.pucrs.br/edipucrs/> ISBN: 978-85-397-0157-5.
- 44 CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996.
- 45 Azenha MR, Lacerda AS, Handem RH, Ferreira EGP. Estudo epidemiológico da saúde bucal da população idosa. *Int J Dent, Recife*, 10(4):228-233, out/dez, 2011.
- 46 Camarano AA, Kanso S, Mello JM. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA. *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
- 47 Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1251-1259, jul-ago, 2005.
- 48 Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba - SP. *Pesqui Odontol Bras*, v. 16, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 2002.
- 49 Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):626-631, mar-abr, 2004.
- 50 Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1165-1174, 2008.
- 51 Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1145-53.
- 52 Furtado DG, Forte FDS, Leite DFBM. Uso e Necessidade de Próteses em Idosos: Reflexos na Qualidade de Vida. *R bras ci Saúde*, 15(2):183-190, 2011.
- 53 Salgado CDS. MULHER IDOSA: a feminização da velhice. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

- 54 Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):757-68.
- 55 Dinis BS, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2007, vol.34, n.1, pp. 13-17. ISSN 0101-6083.
- 56 Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Epidemiological profile of caries and the use and need of prosthesis in the elderly population of Biguaçu, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol.*7:88-97, 2004.
- 57 Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(5):376-82.
- 58 Rio Grande do Sul, Conselho Estadual do Idoso (RS). Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida [relatório de pesquisa]. Porto Alegre (RS); 1997. 123 p.
- 59 Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 105-115, 2007.
- 60 Brandão CR. Os Deuses do Povo: um estudo sobre a religião popular. São Paulo: Brasiliense, 1986 38.
- 61 Goldstein LL, Neri AL. Tudo Bem, Graças a Deus, Religiosidade e Satisfação na Maturidade e na Velhice. In: Neri AL. (org.) *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas, 1993, p. 109-36.
- 62 Maciel, A. C. C. e Guerra, R. O. Fatores Associados à Alteração da Mobilidade em Idosos Residentes na Comunidade. *Rev. bras. Fisioter.* Vol. 9 No. 1, 2005, 17-23.
- 63 Henriques C, Telarolli Júnior R, Loffredo LCM, Montandon AAB, Campos JAD. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara –SP. *Cienc Odontol Bras* 2007 jul./set.; 10 (3): 67-73.
- 64 Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBT, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(6):1101-1110, jun, 2012.
- 65 Castro, Aline M; Rios, Rosana R., Montenegro, Fernando L.B.; Marchini, L. Uso de medicamentos em idosos que procuram tratamento especializado em odontogeriatrics: estudo piloto. XI Enc Lat Am Inic Cient & VII Enc Lat Ame Pós-graduação, Univ Vale do Paraíba. 2007: 1064-1066.
- 66 Mosegui BG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade de uso de medicamentos em idosos. *Rev Saude Publica* 1999; 33(5):437-444.

- 67 Perotto JH, Andrades KMR, Paza AO, Ávila LFC. Prevalência da xerostomia relacionada à medicação nos pacientes atendidos na área de Odontologia da UNIVELLE. RSBO; 20074(2):16-19.
- 68 Yang, YC. Xerostomia em pacientes idosos: implicações odontológicas e tratamento. / Yang Yaw Chun. [Monografia] -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.
- 69 Silva L. Prevalência e fatores associados à xerostomia em idosos: estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina. [Monografia] Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.
- 70 Salles AES, Paranhos HFO, Lunardi LO. Estudo populacional relacionado à saúde geral e uso de medicamentos em idosos não institucionalizados e desdentados totais. Revista Odontológica de Araçatuba 2005; 26(2): 14-20.
- 71 Vidal ACC, Lima GA, Grinfeld S. Pacientes idosos: relação entre xerostomia e o uso de diuréticos, antidepressivos e antihipertensivos. International Journal Of Dentistry, Recife 3(1):330-335 Jan / Jul 2004.
- 72 Pinto-Coelho CM, Sila-Souza YTC, Daré AMZ, Pereira ACCI, Cardoso CM. Implicações clínicas da xerostomia: abordagens sobre o diagnóstico e tratamento. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2002; 56(4): 295-300.
- 73 Sreebny, L.M. Dry mouth and salivary gland hypofunction. Part I : diagnosis. Compend Contin Educ Dent, Jamesburg. 1988;9(7): 569-570,573-574,576.
- 74 Harrison. Principles of internal medicine. Diabetes, Interamericana Mc Graw-Hill. Ed 14. 1998;2(334): 2060-2080.
- 75 Angeli RD, Costa SS. Xerostomia: manejo ambulatorial. RBM-Otorrinolaringologia 1995;2(4): 245-7,250, 252-4.
- 76 Valicena M, Escalona LA. Manejo Terapéutico del paciente con xerostomia. Acta Odontol Venez, v. 39, n. 1, Caracas ene. 2001.
- 77 Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. Rev Port Clin Geral 2006;22:379-90.
- 78 Oliveira MB, Pereira AFV, Alves CMC, Lopes FF. Influencia da placa dental sobre a saúde bucal de idosos de 80 anos ou mais. Rev Pesq Saúde, 13(3): 53-56, set-dez, 2012.
- 79 Amaral SM, Cortês AQ, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. J Bras Pneumol. 2009;35(11):1116-1124.



- 80 Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(3):316-23.
- 81 Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(1):67-73.
- 82 Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Informações de Saúde. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> [Acessado em dezembro de 2013].
- 83 Padilha DMP, Hilgert JB, Hugo FN, Bós AJG, Ferrucci L. Number of Teeth and Mortality Risk in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* Copyright 2008 by The Gerontological Society of America 2008, Vol. 63A, No. 7, 739–744.
- 84 Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(4): 471-80.
- 85 Queiroz CM, Rezende CP, Molena CCL, Denardin VP, Rapport A. Avaliação da condição periodontal no idoso. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 37, nº 3, p. 156 - 159, julho / agosto / setembro 2008.
- 86 Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(4), 2000.
- 87 Dockhorn, DMC. A revolução dos mutilados: a história dos idosos que se propuseram a aprender para ensinar crianças sobre saúde bucal / Denis Marcelo Carvalho Dockhorn; orient. Dalva Maria Pereira Padilha; co-orient. Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza . Porto Alegre: PUCRS, 2006.

## APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa intitulado: "SAÚDE BUCAL DE IDOSOS LONGEVOS", que tem como objetivo avaliar a autopercepção (o que a pessoa sente sobre a sua saúde geral e bucal) e as condições de saúde bucal de idosos com idade igual ou superior a 90 anos. A sua participação na pesquisa trará como principal benefício a possibilidade de detectarmos problemas e encaminharmos soluções de uma forma mais rápida do que se fosse esperar uma consulta dentária comum em postos de saúde. Lembramos que muitas vezes não nos damos conta desses problemas até que se tornem graves.

O estudo está sendo conduzido pela Cirurgiã Dentista Andressa Lewandowski, orientado pelo Professor Ângelo José Gonçalves Bós.

Após ter recebido as explicações dos procedimentos, riscos e benefícios associados ao presente projeto de pesquisa, será combinado um horário para que você compareça a uma entrevista e exame clínico bucal. Exame bucal consistirá em uma avaliação da sua boca quanto ao estado dos dentes e/ou próteses dentárias e gengiva. Além do desconforto do tempo necessário para responder às questões e para a realização do exame, não são previstos outros riscos em função da sua participação na pesquisa. Ao final do encontro você receberá os resultados da avaliação realizada e as orientações sobre possíveis problemas detectados e esclarecimento de dúvidas que possa ter. Caso necessário, realizaremos o encaminhamento do possível problema diretamente ao especialista adequado via Unidade de Saúde da sua região. Quando necessário o atendimento será realizado pelo serviço de urgência da Faculdade de Odontologia da PUCRS.

Sua colaboração é muito importante. Os seus dados serão utilizados apenas para esta pesquisa e seu nome não será apresentado na divulgação da pesquisa. Você poderá deixar de participar do estudo sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Reforçamos que esta pesquisa não apresentará nenhum custo para os participantes.

Caso você queira mais informações ou no caso de dúvidas poderá entrar em contato com Andressa (51-92969258) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone 51-33203345. A equipe de pesquisadores agradece o seu apoio e atenção.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que aceito participar do estudo acima proposto, tendo sido informado sobre os seus objetivos, do meu direito de participar ou não e da garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

Porto Alegre, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do usuário: \_\_\_\_\_.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_.

## APENDICE B – Instrumento de coleta de dados

Registro nº: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) 1 – Masculino ( ) 2 – Feminino Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Inf. Adicional (nome do acompanhante/cônjuge): \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### TESTE DE EVOCAÇÃO

**Pedir para prestar atenção nas palavras “irmão, chave, avião”, perguntar se entendeu e pedir para repetir, anotar quantas palavras conseguiu repetir.**

( ) Nenhuma ( ) Uma ( ) Duas ( ) Três

Obs.: Se conseguiu lembrar duas ou todas as palavras, a entrevista pode ser realizada somente com o idoso, se lembrar de uma ou nenhuma palavra, ou ainda não conseguir se comunicar, realizar a entrevista sempre JUNTO COM ACOMPANHANTE/CUIDADOR.

### DADOS GERAIS

#### DG1 – Qual a sua escolaridade?

( ) 1 – Não alfabetizado ( ) 2 – 1º Grau incompleto ( ) 3 – 1º Grau completo  
( ) 4 – 2º Grau incompleto ( ) 5 – 2º Grau completo ( ) 6 – Ensino Superior incompleto  
( ) 7 – Ensino Superior completo ( ) 8 – Pós-graduação

#### DG2 – Qual é o seu estado conjugal?

( ) 1 – Solteiro(a) ( ) 2 – Casado(a) ( ) 3 – Divorciado(a) ou desquitado(a)  
( ) 4 – Viúvo(a) ( ) 5 – Não sabe responder

#### DG3 – Qual é a cor de sua pele?

( ) 1 – Branca ( ) 2 – Parda ( ) 3 – Amarela ( ) 4 – Preta ( ) 5 – Indígena ( ) 6 – Não sabe responder

#### DG4 – Qual é a sua religião?

( ) 1 – Católica ( ) 2 – Espírita ( ) 3 – Evangélica ( ) 4 – Judaica ( ) 5 – Nenhuma  
( ) 6 – Outra: \_\_\_\_\_

#### DG5 – Qual foi a sua profissão? \_\_\_\_\_

#### DG6 – Qual é a sua renda mensal?

( ) 1 – Até 250 reais; ( ) 2 – De 251 a 500 reais; ( ) 3 – De 501 a 1.500 reais;  
( ) 4 – De 1.501 a 2.500 reais; ( ) 5 – De 2.501 a 4.500 reais; ( ) 6 – De 4.501 a 9.500 reais;  
( ) 7 – Mais de 9.500 reais; ( ) 9 – Não sabe/não respondeu

#### DG7 – Qual é a origem da sua renda?

( ) 1 – Aposentadoria ( ) 2 – Pensão ( ) 3 – Aluguel ( ) 4 – Doações  
( ) 5 – Salário ( ) 6 – Não sabe responder  
( ) 7 – Outra: \_\_\_\_\_

**DG8 – Quantos filhos você tem?**

- ( ) 1 – Nenhum      ( ) 2 – Um filho      ( ) 3 – Dois filhos      ( ) 4 – Três filhos  
 ( ) 5 – Quatro filhos      ( ) 6 – Cinco filhos ou mais

**DG9 – Com quem você mora?**

- ( ) 1 – Sozinho      ( ) 2 – Cônjuge      ( ) 3 – Filho(a)      ( ) 4 – Amigo  
 ( ) 5 – Cuidador      ( ) 6 – Outro: \_\_\_\_\_

**DG10 – O Senhor(a) tem cuidador?**

- ( ) 1 – Não      ( ) 2 – Sim, profissional      ( ) 3 – Sim, familiar

**QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA SF36****SF1. Em geral, você diria que sua saúde é:**

- ( ) 1 Excelente ( ) 2 Muito boa ( ) 3 Boa ( ) 4 Ruim ( ) 5 Muito ruim

**SAÚDE GERAL****SG1 – O Senhor(a) tem alguma doença?**

- ( ) 1 – Não  
 ( ) 2 – Sim, Quais: \_\_\_\_\_

**SG2 – Toma algum medicamento?**

- ( ) 1 – Não  
 ( ) 2 – Sim, Quais: \_\_\_\_\_

**SG3 – O Senhor(a) fez ou faz uso de:**

- ( ) 1 – Álcool ( ) 2 – Cigarro ( ) 3 – Outra droga: \_\_\_\_\_

**SG4 – Como é o seu acesso a serviços de saúde?**

- ( ) 1 – Privado ( ) 2 – SUS ( ) 3 – Outro: \_\_\_\_\_

**HIGIENE BUCAL****HB1 - IADHB (ÍNDICE DE ATIVIDADES DIÁRIAS DE HIGIENE BUCAL)**

Cada item de higiene bucal que compõe o quadro deve ser pontuado de acordo com a seguinte escala:  
 0 – Faz com facilidade; 1 – Faz com dificuldade; 2 – Necessita adaptações ou auxílio; 3 – Totalmente dependente.

Se o idoso não possuir dentes passar para a questão 2.

**1. Pacientes dentados**

- Abrir a pasta de dente       Colocar pasta na escova       Levar a escova à boca  
 Escovar os dentes       Cuspir a saliva       Usar fio dental       Limpar a escova

**2. Pacientes desdentados reabilitados com Próteses totais removíveis**

- Abrir a pasta de dente       Colocar pasta na escova       Remover as próteses  
 Escovar as próteses       Levar as próteses à boca       Limpar a escova

**HB2 – Você acha que a sua higiene bucal é:**

- ( ) 1 Excelente ( ) 2 Muito boa ( ) 3 Boa ( ) 4 Ruim ( ) 5 Muito ruim

**HB3 – Quantas vezes você escova seus dentes?**

- ( ) 1 – 1 vez ao dia      ( ) 2 – 2 vezes ao dia ou mais  
 ( ) 3 – 3 vezes por semana      ( ) 4 – 1 vez por semana ou menos

**HB4 – Qual é o tipo de cerdas da sua escova?**

- ( ) 1 – macia ( ) 2 – média ( ) 3 – dura

**HB5 – Você usa fio dental?**

- ( ) 0 – não uso ( ) 1 – sim, diariamente ( ) 2 – 3 vezes por semana ( ) 3 – 1 vez por semana ou menos

**GOHAI (GERIATRIC ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX)**

Quão frequentemente nos últimos 3 (três) meses:

**1. Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

**2. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

**3. Foi capaz de engolir confortavelmente?**  
 1 Nunca  2 Raramente  3 Às vezes  4 Repetidamente  5 Sempre

**4. Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

**5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?**  
 1 Nunca  2 Raramente  3 Às vezes  4 Repetidamente  5 Sempre

**6. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

**7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?**  
 1 Nunca  2 Raramente  3 Às vezes  4 Repetidamente  5 Sempre

**8. Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

**9. Preocupou-se com seus dentes, gengivas ou próteses?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

**10. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

**11. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

**12. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?**  
 5 Nunca  4 Raramente  3 Às vezes  2 Repetidamente  1 Sempre

Escore  **SAÚDE BUCAL**

**SB1 – Considera que necessita de avaliação com dentista atualmente?**  
 0 – Não  1 – Sim

**SB2 – Quando foi a última consulta ao dentista?**  
 0 – Nunca foi ao dentista  1 – Menos de 1 ano  
 2 – De 1 a 2 anos  3 – 3 ou mais anos

**SB3 – Por quê?**  
 0 – Nunca foi ao dentista  1 – Consulta de rotina/reparos/manutenção  2 – Dor  
 3 – Sangramento gengival  4 – Cavidades nos dentes  
 5 – Feridas, caroços ou manchas na boca  
 6 – Outros: \_\_\_\_\_

**SB4 – Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?**  
 0 – Não  1 – Sim

**INVENTARIO DE XEROSTOMIA**

**X1 – Bebo líquidos para ajudar a engolir os alimentos.**  
 0 – Nunca  1 – Ocasionalmente  2 – Frequentemente  3 – Sempre

**X2 – Minha boca fica seca quando faço uma refeição.**  
 0 – Nunca  1 – Ocasionalmente  2 – Frequentemente  3 – Sempre

**X3 – Chupo balas ou pastilhas para aliviar a boca seca.**  
 0 – Nunca  1 – Ocasionalmente  2 – Frequentemente  3 – Sempre

**X4 – Tenho sensação de ardência nas gengivas e/ou na língua.**

( ) 0 – Nunca ( ) 1 – Ocasionalmente ( ) 2 – Frequentemente ( ) 3 – Sempre

**X5 – Minhas gengivas e/ou língua coçam.**

( ) 0 – Nunca ( ) 1 – Ocasionalmente ( ) 2 – Frequentemente ( ) 3 – Sempre

**X6 – Sinto a pele do meu rosto seca, os olhos secos, os lábios secos e secura dentro do meu nariz.**

( ) 0 – Nunca ( ) 1 – Ocasionalmente ( ) 2 – Frequentemente ( ) 3 – Sempre

**CÁRIE****CPOD – Dentes perdidos, cariados e obturados**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Coroa**

0 – Hígido; 1 – Cariado; 2 – Restaurado, mas com cárie; 3 – Restaurado sem cárie; 4 – Perdido devido à cárie; 5 – Perdido por outras razões; 6 – Apresenta selante; 7 – Apoio de ponte ou coroa; 8 – Não erupcionado; T – Trauma; 9 – Dente excluído

**Raiz**

0 – Hígido; 1 – Cariado; 2 – Restaurado, mas com cárie; 3 – Restaurado sem cárie; 7 – Apoio de ponte ou coroa; 8 – Não erupcionado; 9 – Dente excluído

**Tratamento**

0 – Nenhum; 1 – Restauração de 1 superfície; 2 – Restauração de 2 ou mais superfícies; 3 – Coroa por qualquer razão; 4 – Faceta estética; 5 – Tratamento pulpar e restauração; 6 – Extração; 7 – Remineralização de mancha branca; 8 – Selante; 9 – Sem informação

**ALTERAÇÕES NOS TECIDOS MOLES**

<input type="checkbox"/> Lábio inferior	<input type="checkbox"/> Lábio superior	<input type="checkbox"/> Comissura labial
<input type="checkbox"/> Mucosa jugal	<input type="checkbox"/> Língua	<input type="checkbox"/> Gengiva/rebordo alveolar
<input type="checkbox"/> Assoalho da boca	<input type="checkbox"/> Palato	<input type="checkbox"/> Orofaringe
<input type="checkbox"/> Fundo de Saco de Vestíbulo	<input type="checkbox"/> Trígono retro-molar	

0 – Sem lesão; 1 – Mácula; 2 – Placa; 3 – Pápula; 4 – Nódulo; 5 – Vesícula; 6 – Bolha; 7 – Erosão; 8 – Úlcera; 9 – Vegetante; 10 – Fístula; 11 – Fissura; 12 – Pseudomembrana; 13 – Crosta; 14 – Hiperplásica.

**EDENTULISMO****Uso de Prótese**

Superior     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     Inferior

0 – Não necessita; 1 – Prótese de 1 elemento; 2 – Mais de 1 elemento; 3 – Combinação de Próteses; 4 – Prótese Total; 9 – Sem Informação

**Necessita de prótese por quê? Motivo:**

Superior     Inferior

0 – Não necessita; 1 – Retenção – está folgada ou apertada; 2 – Estabilidade e reciprocidade – apresenta deslocamento ou bascula; 3 – Fixação – lesiona os tecidos; 4 – Estética – apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente.

**CONDIÇÃO PERIODONTAL****CPI – Índice Periodontal Comunitário**

	➔		➔	
17/16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17/16
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
26/27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26/27
37/36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37/36
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
46/47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46/47
<b>Sangramento Gengival</b>	<b>Bolsa Periodontal</b>	<b>Cálculo Dentário</b>	<b>Perda de Inserção (PIP)</b>	

**Sangramento Gengival**

0 – Ausência 1 – Presença X – Excluído 9 – Não Examinado

**Bolsa Periodontal**

0 – Ausência 1 – Presença de Bolsa Rasa 2 – Presença de Bolsa Profunda X – Excluído 9 – Não Examinado

**Cálculo Dentário**

0 – Ausência 1 – Presença X – Excluído 9 – Não Examinado

**Perda de Inserção (PIP)**

0 – Perda de 0 a 3 mm 1 – Perda entre 4 e 5 mm 2 – Perda entre 6 e 8 mm 3 – Perda entre 9 e 11 mm  
4 – Perda de 12 mm ou mais X – Excluído 9 – Não Examinado

**APÊNDICE C** – Artigo submetido para publicação

## **SAÚDE BUCAL DE IDOSOS LONGEVOS**

Andressa Lewandowski<sup>1</sup>

Ângelo José Gonçalves Bós<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – PUCRS, Mestranda em Gerontologia Biomédica do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica – PUCRS

<sup>2</sup> Médico Geriatra, PhD na Universidade de Tokai-Japão. Professor Titular do Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica – PUCRS

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Segundo dados do censo brasileiro de 2010, a população idosa aumentou em 43,3%, sendo que a população de longevos cresceu 72%. A literatura é escassa em relação à saúde bucal dos idosos e praticamente inexistem estudos que contemplem a saúde bucal de idosos acima de 80 anos no Brasil. Considerando o número elevado não apenas de idosos, mas também de longevos (idosos acima de 80 anos), este estudo pretende estimar as condições de saúde bucal dos longevos. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo, descritivo e analítico. A amostra foi composta por 38 idosos de 80 anos ou mais. Avaliou-se a autopercepção de saúde geral e bucal e as condições clínicas de saúde bucal. **RESULTADOS:** Maioria eram mulheres longevas (71,1%), média de idade de 89,1 anos ( $\pm 4,5$ ). Os longevos referiram ter, em média, três morbidades ( $\pm 2,3$ ) e



utilizavam em média 3,9 medicamentos ( $\pm 2,8$ ). Os longevos consideraram a sua saúde bucal como sendo ruim (60,6%). Os longevos em sua maioria usava Prótese Total, tanto na arcada superior (76,3%) quanto na arcada inferior (39,6%), e apresentavam um alto índice de necessidade de prótese (81,6%). O CPOD (número de Dentes Perdidos, Cariados e Obturados) médio foi de 29,2 com um componente de dentes perdidos de 84%. Os longevos apresentavam uma demanda importante de tratamento periodontal. Grande maioria dos longevos deste estudo referiram sintomas de xerostomia. **CONCLUSÃO:** Os dados obtidos nesta pesquisa mostram as marcas deixadas pelo tempo e pela falta de acesso e conhecimento sobre cuidados bucais nesta faixa etária.

**Palavras chaves:** Idosos de 80 anos ou mais; Longevidade; Saúde bucal, Odontologia Geriátrica; Saúde Pública.

## ORAL HEALTH OF THE OLDEST OLD

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** According to the Brazilian census of 2010, the elderly population has increased by 43.3%, while the population of the oldest old grew 72%. The literature is scarce regarding the oral health of the elderly and virtually no studies that address the oral health of elderly people 80 years and over in Brazil. Considering the high number of not only the elderly, but also the oldest old (80 years and older), this study aims to estimate the oral health status of the oldest old. **METHODS:** This is a quantitative, descriptive and analytical cross-sectional study. The sample consisted of 38 oldest old. We assessed self-perceived general and oral health and clinical oral conditions. **RESULTS:** Majority of them were women (71.1%), mean age of 89.1

years ( $\pm 4.5$ ). Participants reported having on average three morbidities ( $\pm 2.3$ ) and used an average of 3.9 medications ( $\pm 2.8$ ). The oldest old consider their oral health as poor (60.6%). They mostly used Denture, both in the upper arch (76.3%) and in the lower jaw (39.6%), and exhibit a high level of need for prostheses (81.6%). The mean DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth) was 29.2 with a component of teeth lost 84%. The oldest old have a significant demand for periodontal treatment. Vast majority of the oldest old in this study reported symptoms of xerostomia.

**CONCLUSION:** The data obtained in this study show the marks left by time and lack of access and knowledge about oral care in this age group.

**Key words:** Aged, 80 and over; Longevity; Geriatric Dentistry; Oral Health; Public Health.

## INTRODUÇÃO

O Brasil situa-se numa fase em que há um grande avanço na proporção da população idosa, e isso se faz de modo acelerado, a exemplo de outros países em desenvolvimento,<sup>1</sup> tanto que a expectativa de vida do brasileiro continuará aumentando nas próximas décadas.<sup>2,3</sup>

Definir envelhecimento é algo muito complexo, biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso. O envelhecimento não é uniforme, portanto não é possível escolher um indicador único, pode-se dizer que é o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade.<sup>4</sup>

A terceira idade é formada por um grupo heterogêneo de pessoas em virtude das diferentes experiências de vida acumuladas pelo indivíduo.<sup>2</sup>

A longevidade refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se como geração ou coorte o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou mesmo intervalo de tempo.<sup>5</sup>

Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante nesse contexto. Saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa.<sup>2</sup>

O crescimento do número de idosos não foi acompanhado pelo aumento da quantidade de pesquisas que forneçam um diagnóstico preciso das condições de saúde bucal dos mesmos. Nos últimos anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos.<sup>6</sup>

As necessidades odontológicas de idosos são importantes e amplas. Dados epidemiológicos desse grupo populacional podem mostrar a história de vida-saúde e o tipo de atenção recebida em todas as fases de vida.<sup>6</sup> Torna-se necessário investigar também os significados de como as pessoas percebem seus problemas de saúde e se posicionam diante deles, pois permitem identificar valores sociais, culturais e econômicos que influenciam na sua qualidade de vida. Estudos que incluem a autopercepção de saúde bucal permitem associar os aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, e pode ser influenciada por fatores sociais e econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil há uma situação desfavorável com relação à saúde bucal dos idosos, sendo os problemas mais prevalentes: edentulismo (perda dos elementos dentários), necessidade do uso de prótese e alterações periodontais.<sup>7</sup>

Considerando o número elevado não apenas de idosos, mas também de longevos (idosos acima de 80 anos), este estudo pretende estimar as condições de saúde bucal dos longevos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal quantitativo, descritivo e analítico. A amostra foi composta por idosos, de 80 anos ou mais, atendidos no Ambulatório Multiprofissional de Atenção aos Longevos (AMPAL) do Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e de longevos oriundos da Associação dos Ferroviários Sul-Riograndenses (AFSR).

O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS de número 129.271 em 04/10/2012.

Foi agendado um atendimento individual para a coleta de dados, no qual o pesquisador explicou o projeto de pesquisa para o voluntário e foi entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A avaliação clínica foi realizada por um examinador devidamente treinado, utilizando luvas descartáveis, máscara, espátulas de madeira, espelho bucal plano, sonda periodontal desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Foram avaliados: o CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), o Índice Periodontal Comunitário (CPI), Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) e o Índice de Uso e

Necessidade de Prótese. Dados sobre sintomas de xerostomia são coletados a partir de seis perguntas fechadas com quatro níveis de resposta, baseadas no Inventário de Xerostomia.

Para estimar a autopercepção de saúde bucal, utilizou-se o índice GOHAI,<sup>8</sup> composto por 12 perguntas, que procura avaliar se, nos últimos três meses, o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas bucais. Cada questão é dividida em escalas tipo Likert,<sup>9</sup> sempre = 1 ponto, repetidamente = 2 pontos, às vezes = 3 pontos, raramente = 4 pontos e nunca = 5 pontos. Nas perguntas 3, 5 e 7 estes valores devem ser considerados invertidamente em função do sentido da pergunta. Para determinação do índice final, somam-se os valores. O escore final do GOHAI é dividido em: Ruim ( $\leq 50$ ); Regular (51 a 56); Boa (57 a 60).

Após digitação, comparação e correção do banco de dados, as informações foram tabuladas por intermédio do programa *Epi Info*<sup>®</sup> 7.1.3.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 38 longevos, sendo 71,1% composto por mulheres, já os homens perfazem 28,9% do total. A média de idade foi de 89,1 anos ( $\pm 4,5$ ), sendo a idade mínima de 82 anos e a máxima de 97 anos. A renda média desses longevos foi de R\$2.358,26 ( $\pm 2.236,0$ ). Em relação aos anos de estudo, a média foi de 3,7 anos ( $\pm 2,3$ ). A maioria (75%) era branca, 100% das mulheres viúvas e 73,7% dos homens casados. Os idosos referiram ter, em média, três morbidades ( $\pm 2,3$ ).

Tabela 1 – Autopercepção de saúde bucal segundo GOHAI

GOHAI	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Boa	3	11,1	1	9	4	10,5	0.9656
Regular	8	29,6	3	27,3	11	28,9	
Ruim	16	59,3	7	63,7	23	60,6	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

Os longevos entrevistados classificaram, conforme o GOHAI, sua saúde bucal como ruim (60,6%), regular (28,9%) e boa (10,5%). Podemos observar que tanto as mulheres quanto os homens percebem sua saúde bucal como ruim, 59,3% e 63,7% respectivamente (Tabela 1).

Relativo aos sintomas de xerostomia (Tabela 2), 84,2% dos longevos apresentavam algum sintoma e 15,8% não apresentavam sintomas. Tanto homens, quanto as mulheres apresentavam algum sintoma de xerostomia, 81,8% e 85,2% respectivamente.

Tabela 2 – Sinais de xerostomia conforme sexo

Xerostomia	Feminino		Masculino		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Nenhum sintoma	4	14,8	2	18,2	7	15,8	0,7962
Algum sintoma	23	85,2	9	81,8	31	84,2	
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	

Quanto ao uso de prótese superior (Tabela 3), observa-se que 76,3% dos longevos utilizam Prótese Total (PT), seguido daqueles que não utilizam (13,2%), 7,9% Prótese Parcial Removível (PPR) e 2,6% mais de uma Ponte Fixa (PF).

A maioria das mulheres longevas (81,5%), na arcada superior, utilizam PT, seguido de 11,1% que utilizam PPR e 7,4% não utiliza nenhum tipo de prótese. Os homens longevos utilizam PT em sua maioria (63%), 27,3% não usa, 9,1% mais de uma PF (Tabela 3).

Tabela 3 – Uso de prótese conforme sexo

<b>Uso de prótese superior</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Não usa	2	7,4	3	27,3	5	13,2	0,0959
Uma ponte fixa	0	0	0	0	0	0	
Mais de uma ponte fixa	0	0	1	9,1	1	2,6	
Prótese Parcial Removível	3	11,1	0	0	3	7,9	
Prótese fixa + Removível	0	0	0	0	0	0	
Prótese Total	22	81,5	11	63,6	29	76,3	
<b>Uso de prótese inferior</b>							
Não usa	8	29,6	5	45,5	13	34,2	0,1793
Uma ponte fixa	0	0	1	9,1	1	2,6	
Mais de uma ponte fixa	0	0	0	0	0	0	
Prótese Parcial Removível	4	14,8	3	27,2	7	18,4	
Prótese fixa + Removível	2	7,4	0	0	2	5,2	
Prótese Total	13	48,2	2	18,2	15	39,6	

Em relação à arcada inferior, 39,6% usam PT, 34,2% não usam prótese, 18,4% usam PPR. Considerando o sexo, as longevas em sua maioria (48,2%) utilizam PT, 29,6% não usam e 14,8% que usam PPR. Já os longevos, 45,5% não possuem nenhum tipo de prótese, 27,2% usam PPR e 18,2% usam PT.

Pode-se observar na Tabela 19, que na arcada superior que metade dos longevos (50%) necessita de PT, 36,8% não necessitam, 10,5% necessitam de prótese de mais de um elemento e 2,6% de combinação de próteses.

Quanto às longevas, 55,6% necessitam de PT, 33,3% não tem necessidade, 7,4% necessitam de prótese de mais de um elemento e 3,7% necessita de combinação de próteses. Nos homens longevos percebe-se que 45,5% não tem necessidade, seguido por 36,4% que necessita de PT, 18,2% necessitam de prótese de mais de um elemento.

Tabela 4 – Necessidade de prótese conforme sexo

<b><i>Necessidade de prótese superior</i></b>	<b><i>Feminino</i></b>		<b><i>Masculino</i></b>		<b><i>Total</i></b>		<b><i>p</i></b>
	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>	
Não necessita	9	33,3	5	45,4	14	36,8	
Prótese de um elemento	0	0	0	0	0	0	
Mais de um elemento	2	7,4	2	18,2	4	10,5	0,5405
Combinação de próteses	1	3,7	0	0	1	2,6	
Prótese total	15	55,6	4	36,4	19	50	
<b><i>Necessidade de prótese inferior</i></b>							
Não necessita	7	25,9	2	18,2	9	23,7	
Prótese de um elemento	0	0	0	0	0	0	
Mais de um elemento	7	25,9	4	36,4	11	28,9	0,7905
Combinação de próteses	1	3,7	1	9,1	2	5,3	
Prótese total	12	44,5	4	36,3	16	42,1	

Na arcada inferior (Tabela 4), a maioria necessita de prótese, sendo 42,1% de PT, 28,9% de prótese de mais de um elemento, 5,3% de combinação de próteses. O percentual de longevos que não necessita de prótese inferior é de 23,7%.

Observando as mulheres longevas, percebe-se que a maioria (44,5%) necessita de PT, 25,9% de prótese de mais de um elemento, 3,7% de combinação de próteses, 25,9% não necessita de prótese. Em relação aos homens longevos, 36,4% necessitam de prótese de mais de um elemento, 36,3% de PT, 9,1% de combinação de próteses e 18,2% não necessita de prótese.

O número esperado de dentes que um ser humano tem em suas arcadas dentárias (superior e inferior), perfaz um total de 32 dentes. Com base nessa informação, se multiplicarmos os 32 dentes pelo número de longevos do estudo (38), o número total seria de 1.216 dentes.

Em relação a esse total de dentes (1.216), desses, 84,4% estavam perdidos, os dentes hígidos (sem doença) presentes na cavidade bucal representam 8,7%, cariados 1% e obturados 5,9%. Observa-se nos homens longevos uma distribuição de 73,6% dentes perdidos, 12,5% obturados, 11,9% hígidos e 2% cariados. As



longevas possuem 88,7% de dentes perdidos, 7,4% de dentes hígidos, 2,2% obturados e 0,7% cariados (Tabela 5).

**Tabela 5 – Condições dos dentes e CPOD conforme sexo**

<b>Dentes</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hígidos	64	7,4	42	11,9	106	8,7
Cariados	6	0,7	7	2,0	13	1,0
Obturados	28	2,2	44	12,5	72	5,9
Perdidos	766	88,7	259	73,6	1025	84,4
<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100,0</b>	<b>352</b>	<b>100,0</b>	<b>1216</b>	<b>100,0</b>
<b>CPOD Médio (dp)</b>	29,6 (3,6)		28,2 (4,0)		29,2 (3,7)	

A média do CPOD (número de Dentes Perdidos, Cariados e Obturados) dos longevos foi de 29,2 ( $\pm 3,7$ ) com o componente de dentes perdidos de 84,4%. Em relação às mulheres, o CPOD médio (29,6  $\pm 3,6$ ) foi mais alto do que os homens longevos (28,2  $\pm 4,0$ ), com o componente de dentes perdidos de 88,7% e 73,6% respectivamente (Tabela 5).

Foi possível estimar as condições periodontais de 16 longevos, pois estes possuíam sextantes para serem examinados. Dentre esses, em relação à presença de sangramento gengival, 43,7% apresentavam sangramento em pelo menos um sextante, 31,2% ausência de sangramento, 12,7% em dois sextantes, 6,3% em três e 6,3% em todos os sextantes.

## **DISCUSSÃO**

A média de idade dos participantes deste estudo foi bastante alta, quando comparado aos estudos sobre saúde bucal em idosos.<sup>1,10,11</sup> Não houve diferença etária entre os sexos, demonstrando que, em relação ao fator idade, o grupo de longevos foi homogêneo. Vale ressaltar que, nenhum outro trabalho sobre saúde

bucal foi encontrado na literatura com todas as variáveis analisadas deste estudo, o que demonstra o ineditismo deste trabalho.

A autopercepção de saúde bucal dos longevos deste estudo, segundo o GOHAI, foi considerada ruim pela maioria (60,6%). Estudos com idosos, No estudo de Furtado *et al*,<sup>12</sup> no qual utilizou-se o GOHAI, foram encontrados resultados semelhantes, em que a maioria dos idosos (54,2%) consideraram sua saúde bucal ruim. No estudo de Henrique *et al*,<sup>13</sup> os idosos também consideraram sua saúde bucal ruim.

Por outro lado, estudos com idosos acima de 60 anos, que também utilizaram o GOHAI, mostraram que os idosos têm avaliado sua saúde bucal como sendo boa.<sup>14,15</sup>

O estudo de Bulgarelli e Manço,<sup>16</sup> que avaliou idosos de 60 a 91 anos, desses 10% de idosos com 80 anos ou mais, também contrastou com os resultados obtidos na presente pesquisa com longevos. Os autores relataram no seu resultado, que com o avançar da idade, maior foi a satisfação com a saúde bucal e alegam que devido à despreocupação com o tempo, os idosos se tornam mais tolerantes com os problemas da cavidade bucal que surgem ao longo da velhice e, neste contexto, relataram maior satisfação com a saúde bucal.

Os resultados da presente pesquisa com longevos demonstram a sua insatisfação com a saúde bucal, uma vez que apenas 10,5% consideraram sua saúde bucal boa.

Embora o GOHAI seja um instrumento de avaliação subjetiva, não servindo para um diagnóstico das doenças bucais,<sup>8</sup> a utilização desse índice demonstrou ser um importante preditor para indicar problemas bucais. Além disso, o GOHAI é um instrumento que pode ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde e

pode ser utilizado como um meio de identificar a necessidade de avaliação odontológica.

Grande maioria dos longevos deste estudo referiram sintomas de xerostomia. Pesquisas tem mostrado que a boca seca é uma das queixas mais comuns encontradas entre os idosos.<sup>17-20</sup> Uma vez que a saliva desempenha um papel importante na cavidade bucal, torna-se importante identificar esse sintoma.

A saliva tem a capacidade de umidificar os tecidos da cavidade bucal, essa propriedade lubrificante facilita a fonética, a deglutição, a formação do bolo alimentar, auxilia a retenção de próteses e protege o tecido bucal de danos causados por microorganismos e injúrias mecânicas.<sup>21</sup>

Estudos apontam que doenças como Hipertensão, Diabetes, transtornos neurológicos e Depressão podem causar destruição progressiva de parênquima glandular, muitas vezes de forma irreversível, às vezes podem afetar vasos ou nervos ocasionando efeitos passageiros e de caráter reversível.<sup>22,23</sup> Essa alterações nas glândulas salivares pode levar à xerostomia.

Os longevos desta pesquisa, em sua maioria usa Prótese Total, tanto na arcada superior (76,3%) quanto na arcada inferior (39,6%), sendo esses percentuais maiores do que os idosos mais jovens.<sup>10</sup>

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2010,<sup>26</sup> a porcentagem de usuários de PT foi de 63,1%, um total de 7,6% das pessoas examinadas usava PPR, um percentual de 3,8% dos examinados usava uma PF. O uso de combinação de próteses (Prótese Fixa + Removível) se limitou a 1,2% das pessoas examinadas. O estudo de Colussi *et al*,<sup>24</sup> realizado com idosos de Biguaçu (Santa Catarina), também relatou um alto uso de PT superior (60,3%) e de PT inferior (27%).

O alto índice de necessidade de próteses dos longevos (81,6%) são semelhantes aos encontrados no estudo realizado em instituições para idosos, públicas e filantrópicas de longa permanência na cidade de Goiânia, no qual foi observada uma necessidade de uso de próteses de 80,2%.<sup>6</sup> Também nos idosos residentes em Biguaçu, foi constatada uma elevada necessidade de tratamento protético, sendo 63,9% na arcada superior e 79,8% na arcada inferior.<sup>24</sup>

Com efeito, pesquisas com idosos institucionalizados apresentam prevalências mais severas de necessidade de prótese, quando comparadas com estudos de base populacional. Porém, é preocupante perceber que os longevos se encontram em situação de necessidade de reabilitação protética semelhante aos idosos institucionalizados.

Dados da produção ambulatorial do SUS<sup>25</sup> indicam que, no ano de 2012, foram confeccionadas 12.605 próteses em longevos. Esse número corresponde a 4,2 próteses para cada 1.000 habitantes nessa faixa etária. A proporção de próteses dentárias confeccionadas em longevos é menor que as observadas em todas as outras faixas etárias de idosos, que variaram de 8,8 por mil em idosos entre 65 e 69 anos e 7,1‰ em idosos entre 75 a 79 anos. Observa-se, portanto, que a proporção de próteses aprovadas pelo SUS em longevos foi quase metade da aprovada nas outras faixas etárias de idosos.

Sendo a reabilitação protética um fator importante para o reestabelecimento das condições bucais ideais,<sup>1,26</sup> essa baixa aprovação de próteses pelo SUS pode refletir a falta de acesso desses longevos aos serviços odontológicos especializados.

Além disso, pode retratar desconhecimento por parte dos profissionais sobre as necessidades dos longevos, visto que não temos dados nacionais sobre essa

faixa etária, também a percepção de que o longevo não precisaria investir em uma reabilitação protética por estar “no fim da vida”.

Dados do último censo do IBGE<sup>3</sup> demonstram que a esperança de vida relacionada à idade de um idoso que está na faixa etária de 80 a 84 anos é de 8,6 anos, da faixa de 85 a 89 anos é de 6,6 anos e de 90 anos ou mais a esperança de vida é de viver mais 5,0 anos. Desta forma, o profissional de saúde deve levar em consideração a expectativa de vida de um longevo com 90 anos, pois o mesmo irá utilizar uma prótese dentária por cinco anos, o que justifica a reabilitação protética.

Com relação à doença Cárie, os longevos, da presente pesquisa, apresentaram um CPOD médio de 29,2 com um componente de dentes perdidos de 84%. A média nacional encontrada no SB Brasil 2003,<sup>27</sup> para o grupo etário de 65 a 74 anos, referente ao CPOD, foi de 27,8, a participação do componente “perdido” foi de 93%. No mesmo levantamento realizado em 2010, com a mesma faixa etária (65 a 74 anos), traz como média nacional, um CPOD de 27,5 com um percentual de 92% de dentes perdidos. Padilha *et al*,<sup>28</sup> observou uma maior mortalidade em idosos edêntulos, talvez por isso os longevos sobreviventes apresentaram um número maior de elementos dentários.

Os achados desta pesquisa corroboram com a literatura, pois a mesma tem evidenciado que o índice CPOD nos idosos é elevado, com altos componentes de dentes perdidos. No estudo de Colussi *et al*,<sup>24</sup> o CPOD médio de idosos de 75 anos ou mais foi de 30,2 com o percentual de dentes perdidos de 96,6%. Em outro estudo, realizado com idosos de 65 a 74 anos, o CPOD médio foi de 31,1 com 92,6% dos dentes perdidos.<sup>29</sup> Estudo realizado por Mesas *et al*,<sup>30</sup> em idosos acima de 60 anos, a média do CPOD foi de 27,9 com percentual de dentes perdidos de 85,9%.

Embora o CPOD dos longevos seja alto quando comparado com os dados oficiais dos levantamentos nacionais e aos achados na literatura, o componente de dentes perdidos foi percentualmente menor. O que chama bastante a atenção nos longevos é o percentual de dentes hígidos (8,7%), número superior ao encontrado nos demais estudos.<sup>7,24,27,29,30</sup>

Embora o CPOD apresente pouca sensibilidade para estimar Cárie progressiva em idosos, pois não permite conhecer o verdadeiro motivo que levou à perda dentária, ele foi adotado porque continua sendo o índice mais usado nos estudos dessa população e tem constituído a base de comparação entre os levantamentos epidemiológicos.

Estimar as perdas dentárias revela toda uma história da relação do indivíduo com o acesso aos serviços de saúde, em que o modelo tradicional o expôs a uma prática mutiladora que solucionou pontualmente a dor.

Importante ressaltar que poucos estudos têm contemplado as condições periodontais dos idosos, provavelmente em função do grande grau de edentulismo encontrado nessa faixa etária.<sup>31,32</sup> Além disso, apesar de utilizarem os mesmos índices de avaliação (CPI e PIP), pode-se observar que não existe uma padronização na análise e na interpretação dos dados.

Nos longevos deste estudo, 57,9% não possuíam nenhum sextante para ser examinado, ou seja, com pelo menos dois dentes presentes, entretanto foi possível estimar as condições periodontais de 16 longevos. A presença de sangramento gengival foi encontrada em 68,8% dos longevos avaliados, cálculo em 75%, presença de bolsa periodontal em 31,2% e perda de inserção periodontal em quase todos (97,3%). O que sugere que os longevos devam ter perdido seus dentes devido à Doença Periodontal. Existe um consenso na literatura quanto à alta frequência de

cálculo e bolsa periodontal em idosos, fato observado na presente pesquisa.<sup>31,33</sup> Diante disso, pode-se observar que os longevos estudados, apresentam uma demanda importante de tratamento periodontal.

## **CONCLUSÕES**

As necessidades de cuidados bucais dos idosos longevos são importantes e amplas. Os dados obtidos nesta pesquisa mostram as marcas deixadas pelo tempo e pela falta de acesso e conhecimento sobre cuidados bucais nesta faixa etária.

Pôde-se observar que a maioria dos longevos referiram sintomas de xerostomia, que deve ser abordada através de uma interação com outras áreas da saúde, principalmente com o farmacêutico e o médico prescritor. Presença de placa bacteriana nos dentes remanescentes e nas próteses dentárias o que pode ter repercussões sistêmicas. Concluindo que os longevos apresentam uma demanda importante de tratamento periodontal.

Os idosos longevos têm necessidades importantes de reabilitação protética, as quais não vêm sendo supridas pelo nosso sistema de saúde e provavelmente estejam afetando o seu estado nutricional e de saúde geral. Os idosos e seus cuidadores devem ser conscientizados de que existe uma necessidade contínua de cuidados bucais, mesmo que apresentem poucos, ou nenhum dente remanescente.

Percebe-se que os longevos necessitam de um acompanhamento odontológico. Preconiza-se a criação de serviços de atenção à saúde específica para essa população com ênfase no acompanhamento domiciliar multiprofissional, visto que muitos desses longevos apresentam dificuldade de locomoção e econômicas de se deslocarem.

Além disso, sugere-se que a faixa etária de 80 anos ou mais seja incluída no levantamento epidemiológico nacional, com o objetivo de se conhecer mais sobre essa população longeva que mais cresce no nosso país.

## REFERÊNCIAS

- 1 Barbosa KGN. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, 10 (3) 227- 231, jul./set., 2011.
- 2 Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglioni C, Coronatto EAS. Odontogeriatría – a saúde bucal na terceira idade. *RFO*, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio/agosto 2008.
- 3 IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Documentação dos Microdados da Amostra. IBGE: 150p. nov. 2002.
- 4 Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.
- 5 Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.
- 6 Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005 *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):191-199, 2006.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, DF, 2011.
- 8 Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dental Educ.* 1990;54:680-7.
- 9 Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology* 140: pp. 1-55, 1932.
- 10 Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5):1313-1320, set-out, 2002.
- 11 Azenha MR, Lacerda AS, Handem RH, Ferreira EGP. Estudo epidemiológico da saúde bucal da população idosa. *Int J Dent*, Recife, 10(4):228-233, out/dez, 2011.
- 12 Furtado DG, Forte FDS, Leite DFBM. Uso e Necessidade de Próteses em Idosos: Reflexos na Qualidade de Vida. *R bras ci Saúde*, 15(2):183-190, 2011.



- 13 Henriques C, Telarolli Júnior R, Loffredo LCM, Montandon AAB, Campos JAD. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara –SP. *Cienc Odontol Bras* 2007 jul./set.; 10 (3): 67-73.
- 14 Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBT, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(6):1101-1110, jun, 2012.
- 15 Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1145-53.
- 16 Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1165-1174, 2008.
- 17 Yang, YC. Xerostomia em pacientes idosos: implicações odontológicas e tratamento. / Yang Yaw Chun. [Monografia] -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.
- 18 Silva L. Prevalência e fatores associados à xerostomia em idosos: estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina. [Monografia] Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.
- 19 Salles AES, Paranhos HFO, Lunardi LO. Estudo populacional relacionado à saúde geral e uso de medicamentos em idosos não institucionalizados e desdentados totais. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2005; 26(2): 14-20.
- 20 Vidal ACC, Lima GA, Grinfeld S. Pacientes idosos: relação entre xerostomia e o uso de diuréticos, antidepressivos e antihipertensivos. *International Journal of Dentistry*, Recife 3(1):330-335 Jan / Jul 2004.
- 21 Pinto-Coelho CM, Sila-Souza YTC, Daré AMZ, Pereira ACCI, Cardoso CM. Implicações clínicas da xerostomia: abordagens sobre o diagnóstico e tratamento. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 2002; 56(4): 295-300.
- 22 Sreebny, L.M. Dry mouth and salivary gland hypofunction. Part I : diagnosis. *Compend Contin Educ Dent*, Jamesburg. 1988;9(7): 569-570,573-574,576.
- 23 Harrison. Principles of internal medicine. Diabetes, Interamericana Mc Graw-Hill. Ed 14. 1998;2(334): 2060-2080.
- 24 Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Epidemiological profile of caries and the use and need of prosthesis in the elderly population of Biguaçu, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*.7:88-97, 2004.
- 25 Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Informações de Saúde. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> [Acessado em dezembro de 2013].

- 26 Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 27 Brasil. Ministério da Saúde, Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003- Resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.
- 28 Padilha DMP, Hilgert JB, Hugo FN, Bós AJG, Ferrucci L. Number of Teeth and Mortality Risk in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* Copyright 2008 by The Gerontological Society of America 2008, Vol. 63A, No. 7, 739–744.
- 29 Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1251-1259, jul-ago, 2005.
- 30 Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(4): 471-80.
- 31 Oliveira MB, Pereira AFV, Alves CMC, Lopes FF. Influencia da placa dental sobre a saúde bucal de idosos de 80 anos ou mais. *Rev Pesq Saúde*, 13(3): 53-56, set-dez, 2012.
- 32 Queiroz CM, Rezende CP, Molena CCL, Denardin VP, Rapport A. Avaliação da condição periodontal no idoso. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 37, nº 3, p. 156 - 159, julho / agosto / setembro 2008.
- 33 Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(4), 2000.

## APÊNDICE D – Produção científica

### Capítulos de livros publicados:

- 1 **LEWANDOWSKI A**, PEDRO REL, LAZZAROTTO DJ, SCORTEGAGANA AS, LINDEN LAS, BOS AJG, MAGRO ML. **Longevidade e Saúde Bucal**. In: Maria Salete Sandini Linden; Michelini Sandini Trentin; Mateus Ericson Flores; João Paulo de Carli. (Org.). Odonto Science: 52 Anos da FOUPF. 1ed.São José dos Pinhais: Editora Plena, 2013, v. 1, p. 79-82.
- 2 BOS AJG, PEDRO REL, **LEWANDOWSKI A**, LAZZAROTTO DJ, LINDEN MSS, CARLI JP, LINDEN LAS, GIARETTA BM, TRENTIN MS. **Situação atual da Saúde Bucal nos Idosos do Rio Grande do Sul**. In: João Paulo De Carli; Ricardo Cauduro Neto; Maria Salete Sandini Linden. (Org.). Multidisciplinaridade na saúde bucal. 5eded.Porto Alegre: RGO, 2012, v. 1, p. 36-40.

### Capítulos de livros submetidos:

- 1 MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**, SCHIRMER CL. **Sobre o “Guia Global: Cidade Amiga do Idoso”** In: Ângelo José Gonçalves Bós, Andrea Ribeiro Mirandola, Andressa Lewandowski, Claudine Lamanna Schirmer. (Org.). Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.
- 2 MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**, SCHIRMER CL, CABERLON IC, CAUDURO MHF. **Políticas públicas para idosos** In: Ângelo José Gonçalves Bós, Andrea Ribeiro Mirandola, Andressa Lewandowski, Claudine Lamanna Schirmer. (Org.). Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.
- 3 MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**, SCHIRMER CL, CAUDURO MHF. **Suporte comunitário e acesso à saúde**. In: Ângelo José Gonçalves Bós, Andrea Ribeiro Mirandola, Andressa Lewandowski, Claudine Lamanna Schirmer. (Org.). Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.
- 4 **LEWANDOWSKI A**, PEDRO REL, BORTOLINI V, VALDEZ EJ. **Autopercepção de saúde oral**. In: Ângelo José Gonçalves Bós, Andrea Ribeiro Mirandola, Andressa Lewandowski, Claudine Lamanna Schirmer. (Org.). Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.
- 5 **LEWANDOWSKI A**, PEDRO REL, BORTOLINI V, VALDEZ EJ. **Perdas dentárias e uso de prótese em idosos**. In: Ângelo José Gonçalves Bós, Andrea Ribeiro Mirandola, Andressa Lewandowski, Claudine Lamanna Schirmer. (Org.). Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

Artigos submetidos para publicação:

- 1 **LEWANDOWSKI A, BOS AJG. Saúde Bucal de Idosos Longevos.** Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Submetido em 5 de fevereiro de 2014.
- 2 **LEWANDOWSKI A, BOS AJG. Estado de Saúde Bucal e necessidade de prótese dentária em idosos longevos.** Revista da EAP/APCD. Submetido em 15 de dezembro de 2013.

Resumos publicados em anais de congressos:

- 1 BÓS AJG, MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**, RIBEIRO A. **Why nonagenarians do not become centenarians in Brazil?** The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2013. v. 17.
- 2 CABRAL MMS, SCHIRMER CL, **LEWANDOWSKI A**, BOS AJG. **Healthy eating habits in Southern Brazilian elderly people.** The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2013. v. 17.
- 3 **LEWANDOWSKI A**, MIRANDOLA AR, SCHIRMER CL, SOLDERA CLC, RODRIGUES SR, PEREIRA GN, BOS AJG. **Atenção Multiprofissional ao Longevo.** In: 8º Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2013, Curitiba - PR. Anais do 8º Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2013.
- 4 **LEWANDOWSKI A**, MIRANDOLA AR, SCHIRMER CL, BOS AJG. **Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: Autopercepção de Saúde Geral e Saúde Oral.** Revista eletrônica CBGG: Anais XVIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2012.
- 5 SCHIRMER CL, MARTINS PCR, **LEWANDOWSKI A**, BOS AJG. **Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: Autopercepção de Saúde Geral e Frequência de consumo de alimentos.** Revista eletrônica CBGG: Anais XVIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2012.
- 6 SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**, BOS AJG. **Eficiência da abordagem Interdisciplinar em Ambulatório Multiprofissional de Geriatria e Gerontologia: um relato de caso.** Revista eletrônica CBGG: Anais XVIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2012.
- 7 SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**, BARIVIERA M, BOS AJG. **Grupo de Idosos hipertensos: uma oportunidade de integração e formação profissional.** Revista eletrônica CBGG: Anais XVIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2012.

- 8 CABERLON IC, NAVARRO JHN, BÓS DSG, SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, BOS AJG, **LEWANDOWSKI A**, RIBEIRO A. **Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: Associação da Autopercepção de Saúde e Frequência de Quedas.** Revista eletrônica CBGG: Anais XVIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2012.
  - 9 MIRANDOLA AR, RIBEIRO A, **LEWANDOWSKI A**, SCHIRMER CL, NAVARRO JHN, BOS AJG. **Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: Utilização dos Serviços de Saúde.** Revista eletrônica CBGG: Anais XVIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2012.
  - 10 **LEWANDOWSKI A**, MIRANDOLA AR, SCHIRMER CL, BOS AJG. **Autopercepção de Saúde Geral e Saúde Oral dos Idosos do Rio Grande do Sul.** Resumos dos trabalhos apresentados na XIV Jornada de Inverno da SBGG/RS, 2012.
  - 11 MIRANDOLA AR, NAVARRO JHN, RIBEIRO A, **LEWANDOWSKI A**, SCHIRMER CL, BOS AJG. **Acesso e Conhecimento dos Postos de Saúde por parte dos Idosos Residentes no Rio Grande do Sul.** Resumos dos trabalhos apresentados na XIV Jornada de Inverno da SBGG/RS, 2012.
  - 12 NAVARRO JHN, CABERLON IC, SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**, BOS AJG. **Autopercepção da Saúde e Quedas em Idosos: uma reflexão contemporânea.** Resumos dos trabalhos apresentados na XIV Jornada de Inverno da SBGG/RS, 2012.
  - 13 MIRANDOLA AR, NAVARRO JHN, RIBEIRO A, **LEWANDOWSKI A**, SCHIRMER CL, BOS AJG. **Prática de Atividades Físicas e Autopercepção da Saúde como fatores associados em Idosos.** Resumos dos trabalhos apresentados na XIV Jornada de Inverno da SBGG/RS, 2012.
  - 14 MIRANDOLA AR, ELY HC, **LEWANDOWSKI A**, SCHIRMER CL. **Implantação do Conselho Local de Saúde em uma Unidade de Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), 2012.
  - 15 SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**. **Atividade Física na Estratégia de Saúde da Família.** Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), 2012.
- Apresentações de Trabalho em Eventos:
- 1 **LEWANDOWSKI A**, BÓS AJG. **Estado de Saúde Bucal e necessidade de prótese dentária em idosos longevos.** 2014.

- 2 **LEWANDOWSKI A, MIRANDOLA AR, SCHIRMER CL, SOLDERA CLC, RODRIGUES SR, PEREIRA GN, BOS AJG. Atenção Multiprofissional ao Longevo. 2013.**
- 3 **LEWANDOWSKI A, MIRANDOLA AR, PEDRO REL, SCHIRMER CL, BOS AJG, DOCKHORN DMC. Autopercepção de Saúde Bucal de idosos atendidos em Ambulatório Multiprofissional de Geriatria e Gerontologia. 2013.**
- 4 **MORSCH P, DEON RG, SCHIRMER CL, LEWANDOWSKI A, MIRANDOLA AR, BOS AJG. Internações por causas sensíveis à Atenção Primária nos Idosos. 2013.**
- 5 **LEWANDOWSKI A, BOS AJG. Atuação da Odontologia no Ambulatório de Atenção Multiprofissional de Longevos. 2013.**
- 6 **LEWANDOWSKI A, BOS AJG, DOCKHORN DMC. Situação de Saúde Bucal de Idosos atendidos em Ambulatório Multiprofissional. 2013.**
- 7 **MIRANDOLA AR, SCHIRMER CL, LEWANDOWSKI A, SOLDERA CLC, CABERLON IC, BOS AJG. Apresentação do Instrumento de avaliação de Enfermagem para Idosos Longevos. 2013.**
- 8 **PEREIRA GN, SOLDERA CLC, RODRIGUES SR, MIRANDOLA AR, SCHIRMER CL, LEWANDOWSKI A, BOS AJG. Perfil dos participantes de um Ambulatório Multiprofissional de Atenção ao Longevo. 2013.**
- 9 **RODRIGUES SR, SCHIRMER CL, LEWANDOWSKI A, MIRANDOLA AR, SOLDERA CLC, BOS AJG. Instrumento de Avaliação Global da Saúde para Idosos Longevos. 2013.**
- 10 **SCHIRMER CL, LEWANDOWSKI A, MIRANDOLA AR, SOLDERA CLC, RODRIGUES SR, BOS AJG. Apresentação do Instrumento de avaliação Nutricional para Idosos Longevos. 2013.**
- 11 **SCHIRMER CL, LEWANDOWSKI A, SILVA AR, MORSCH P, DEON RG, CABERLON IC. Grupo de Interesse Saúde Pública e Envelhecimento. 2013.**
- 12 **SILVA AR, MARQUES J, FERRAO KGN, LEWANDOWSKI A, SCHIRMER CL. Distribuição Geográfica de Idosos Longevos no Brasil. 2013.**
- 13 **SCHIRMER CL, MARTINS PCR, LEWANDOWSKI A, BOS AJG. Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: Autopercepção de Saúde Geral e Frequência de consumo de alimentos. 2012.**

- 14 **LEWANDOWSKI A, SILVA AR, KATZ N, HARZHEIM E. Teleconsultorias referentes à Saúde do Idoso. 2013.**
- 15 **LEWANDOWSKI A, VALDEZ EJ, PEDRO REL, BOS AJG. Número de dentes auto referido pelos Idosos do Rio Grande do Sul. 2013.**
- 16 **LEWANDOWSKI A, BOS AJG. Atuação do Cirurgião Dentista em Ambulatório Multiprofissional de Longevos. 2013.**
- 17 **SILVA AR, MARQUES J, LEWANDOWSKI A, FERRAO KGN, MORSCH P. Diagnóstico de novos casos de AIDS em idosos. 2013.**
- 18 **SILVA AR, MARQUES J, LEWANDOWSKI A. Doses aplicadas da vacina influenza em idosos. 2013.**
- 19 **SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, LEWANDOWSKI A, BOS AJG. Eficiência da abordagem Interdisciplinar em Ambulatório Multiprofissional de Geriatria e Gerontologia: um relato de caso. 2012.**
- 20 **SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, LEWANDOWSKI A, BARIVIERA M, BOS AJG. Grupo de Idosos hipertensos: uma oportunidade de integração e formação profissional. 2012.**
- 21 **CABERLON IC, NAVARRO JHN, BÓS DSG, SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, BOS AJG, LEWANDOWSKI A, RIBEIRO A. Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: Associação da Autopercepção de Saúde e Frequência de Quedas. 2012.**
- 22 **MIRANDOLA AR, RIBEIRO A, LEWANDOWSKI A, SCHIRMER CL, NAVARRO JHN, BOS AJG. Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: Utilização dos Serviços de Saúde. 2012.**
- 23 **LEWANDOWSKI A, MIRANDOLA AR, SCHIRMER CL, BOS AJG. Autopercepção de Saúde Geral e Saúde Oral dos Idosos do Rio Grande do Sul. 2012.**
- 24 **MIRANDOLA AR, NAVARRO JHN, RIBEIRO A, LEWANDOWSKI A, SCHIRMER CL, BOS AJG. Acesso e Conhecimento dos Postos de Saúde por parte dos Idosos Residentes no Rio Grande do Sul. 2012.**
- 25 **NAVARRO JHN, CABERLON IC, SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, LEWANDOWSKI A, BOS AJG. Autopercepção da Saúde e Quedas em Idosos: uma reflexão contemporânea. 2012.**

- 26 MIRANDOLA AR, NAVARRO JHN, RIBEIRO A, **LEWANDOWSKI A**, SCHIRMER CL, BOS AJG. **Prática de Atividades Físicas e Autopercepção da Saúde como fatores associados em Idosos.** 2012.
- 27 **LEWANDOWSKI A**, MIRANDOLA AR, SCHIRMER CL, BOS AJG. **Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul: Autopercepção de Saúde Geral e Saúde Oral.** 2012.
- 28 RIBEIRO A, SOLDERA CLC, SCHIRMER CL, MIRANDOLA AR, **LEWANDOWSKI A**, NAVARRO JHN, BOS AJG. **Porque os nonagenários não chegam aos 100 anos?** 2012.



**ANEXO A – Inquérito sobre Xerostomia****Questionário (XI) sobre Xerostomia**

Para cada um dos itens abaixo, assinale com (X) aquele que melhor relaciona sua queixa.

- |   | NUNCA | OCASIONALMENTE | FREQÜENTEMENTE | SEMPRE |
|---|-------|----------------|----------------|--------|
| 1. Bebo líquidos para ajudar a engolir os alimentos.  |       |                |                |        |
| 2. Minha boca fica seca quando faço uma refeição.     |       |                |                |        |
| 3. Levanto à noite para beber.                        |       |                |                |        |
| 4. Tenho dificuldade de comer alimentos secos.        |       |                |                |        |
| 5. Chupo balas ou pastilhas para aliviar a boca seca. |       |                |                |        |
| 6. Tenho dificuldade de engolir certos alimentos.     |       |                |                |        |
| 7. Tenho sensação de ardência nas gengivas            |       |                |                |        |
| 8. Tenho sensação de ardência na língua.              |       |                |                |        |
| 9. Minhas gengivas coçam.                             |       |                |                |        |
| 10. Minha língua coça.                                |       |                |                |        |
| 11. Sinto a pele do meu rosto seca.                   |       |                |                |        |
| 12. Sinto meus olhos secos.                           |       |                |                |        |
| 13. Sinto meus lábios secos.                          |       |                |                |        |
| 14. Sinto secura dentro do meu nariz.                 |       |                |                |        |

## ANEXO B – Resumo dos códigos e critérios para CPOD

Código			Condição
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	Hígido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado mas com cárie
D	3	3	Restaurado e sem cárie
E	4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
F	5	Não se aplica	Perdido por outras razões
G	6	Não se aplica	Apresenta selante
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa
K	8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
T	T	Não se aplica	Trauma (fratura)
L	9	9	Dente excluído

**ANEXO C – Códigos e critérios para necessidade de tratamento**

<b>Código</b>	<b>Tratamento</b>
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

## ANEXO D – Índice de Condição Periodontal (CPI)

### Códigos e Critérios

O registo das condições deve ser feito de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa, do seguinte modo.

#### Sangramento:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença
- X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

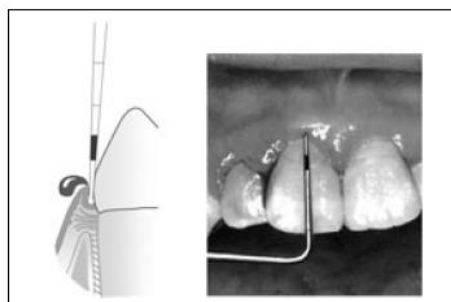
#### Cálculo Dentário:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença
- X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

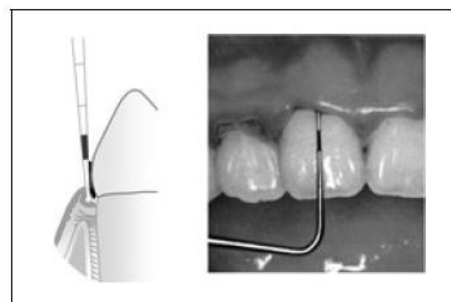
#### Bolsa Periodontal:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença de Bolsa Rasa: Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.
- 2 – Presença de Bolsa Profunda: Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.
- X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

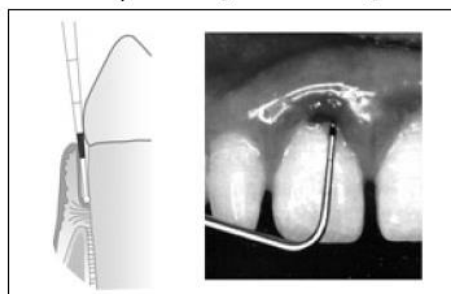
Na Figura a seguir, exemplos destas condições.



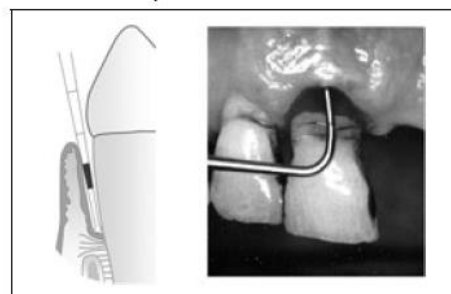
Presença de Sangramento Gengival



Presença de Cálculo Dentário



Presença de Bolsa Rasa  
(4 a 5 mm)



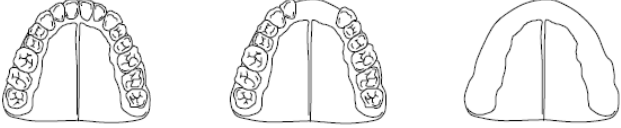


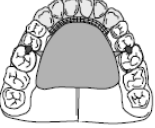


Presença de Bolsa Profunda  
(6 mm ou mais)

## ANEXO E – Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP)

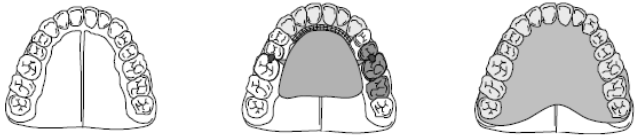




Código	Condição	Critério
0	Perda de inserção entre 0 e 3 mm	JCE não visível e CPI entre 0 e 3.
1	Perda de inserção entre 4 mm e 5 mm	JCE visível na área preta da sonda CPI.
2	Perda de inserção entre 6 mm e 8 mm	JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm.
3	Perda de inserção entre 9 mm e 11 mm	JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm.
4	Perda de inserção de 12 mm ou mais	JCE visível além da marca de 11,5 mm
X	Sextante Excluído	Quando menos de dois dentes funcionais estão presentes
9	Não examinado	Quando não se aplica à idade em questão

**Exemplos**

## ANEXO F – Código e critério para uso de prótese

Uso de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 <p>Nenhum espaço protético      Desdentado parcial, mas sem prótese presente      Desdentado total e sem prótese presente</p>
1	Usa uma ponte fixa	 <p>Uma ponte fixa posterior      Uma ponte fixa anterior</p>
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 <p>Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)</p>
3	Usa prótese parcial removível	 <p>Prótese Parcial Removível anterior</p>
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 <p>Prótese removível anterior e ponte fixa posterior      Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores</p>
5	Usa prótese dentária total	 <p>Prótese total</p>
9	Sem informação	


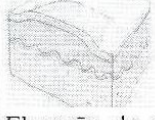


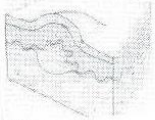


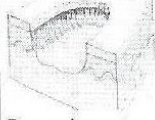





## ANEXO G – Código e critério para necessidade de uso de prótese

Necessidade de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 <p>Todos os dentes presentes      Espaços protéticos presentes com prótese      Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento	 <p>Espaço protético unitário anterior      Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento      Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

**ANEXO H – Descrição das alterações patológicas**



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DO CÂNCER E SEUS FATORES DE RISCO  
 SB-2000 – AÇÃO COMPLEMENTAR – PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO – LESÕES CANCERIZÁVEIS E  
 CÂNCER DA BOCA - MINAS GERAIS – (POPULAÇÃO: 35-44 e 65-74 ANOS) - **Ficha de Campo**

<p><b>1-Mácula</b></p>  <p>Lesão plana localizada apresentando apenas alteração da coloração normal da mucosa.</p>	<p><b>2-Placa</b></p>  <p>Elevação da superfície da mucosa com alteração da coloração e que não se desprende à raspagem.</p>	<p><b>3-Pápula</b></p>  <p>Elevação circunscrita apresentando até 3mm de diâmetro com conteúdo sólido.</p>	<p><b>4- Nódulo</b></p>  <p>Elevação circunscrita maior que 3mm de diâmetro apresentando conteúdo sólido</p>
<p><b>5-Vesícula</b></p>  <p>Elevação circunscrita apresentando até 3mm de diâmetro com conteúdo líquido no seu interior.</p>	<p><b>6-Bolha</b></p>  <p>Elevação circunscrita maior que 3mm de diâmetro com conteúdo líquido no seu interior.</p>	<p><b>7-Erosão</b></p>  <p>Descamação superficial do tecido epitelial da mucosa bucal sem exposição do tecido conjuntivo.</p>	<p><b>8-Úlcera</b></p>  <p>Rompimento do tecido epitelial da mucosa bucal com exposição do tecido conjuntivo, tornando esta lesão extremamente dolorosa e com tendência a sangramento.</p>
<p><b>9-Vegetante</b></p>  <p>Lesão elevada sólida exofítica de superfície rugosa, úmida ou seca. Pode apresentar consistência mole ou firme.</p>	<p><b>10-Fístula</b></p>  <p>Conduto patológico, estreito e alongado, que comunica uma superfície mucosa ou cutânea com um órgão interno, dando passagem a um conteúdo líquido ou purulento.</p>	<p><b>11-Fissura</b></p>  <p>É uma úlcera retilínea, apresentando as mesmas características da úlcera.</p>	<p><b>12-Pseudomembrana</b></p>  <p>Formação de tecido destacável sobre uma superfície de erosiva ou ulcerada da mucosa bucal. Sua origem é a coagulação do plasma formando uma rede de fibrina e restos de epitélio necrótico.</p>
<p><b>13-Crosta</b></p>  <p>É o ressecamento de um conteúdo líquido em lesões de pele.</p>	<p><b>14- Hiperplásica</b></p> <p>Lesão de crescimento exofítico sésil ou pediculada.</p>	<p>0- Não se aplica (sem lesão)</p>	



**ANEXO I – Carta de aprovação da Comissão Científica do IGG**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 25 de julho de 2012.

Senhor (a) Pesquisador (a) ANDRESSA LEWANDOWSKI,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa "SAÚDE BUCAL DE IDOSOS LONGEVOS".

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

**Profa. Carla Helena Augustin Schwanke**

Coordenadora da CC/IGG

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000  
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862  
E-mail: [igg@pucrs.br](mailto:igg@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/igg](http://www.pucrs.br/igg)

**ANEXO J – Parecer Consubstanciado do CEP**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SAÚDE BUCAL DE IDOSOS LONGEVOS

**Pesquisador:** Ângelo José Gonçalves Bós

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 3

**CAAE:** 06589912.5.0000.5336

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 129.271

**Data da Relatoria:** 04/10/2012

**Apresentação do Projeto:**

Adequada

**Objetivo da Pesquisa:**

Adequado

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequada

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foram realizadas todas as adequações sugeridas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Faltou anexar a carta de concordância de atendimento dos longevos pelo Setor de Atendimento da Faculdade de Odontologia da PUCRS

**Recomendações:**

Encaminhar o referido documento

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aguardar o retorno do documento solicitado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681

**Bairro:**

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE




**Telefone:** (51)320-3345

**Fax:** (51)320-3345

**E-mail:** cep@pucls.br

## ANEXO K – Comprovante de submissão de artigo.

# ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

CAPA	SOBRE	PÁGINA DO USUÁRIO	PESQUISA	ATUAL
		ANTERIORES	NOTÍCIAS	
<a href="#">Capa</a> > <a href="#">Usuário</a> > <a href="#">Autor</a> > <a href="#">Submissões</a> > #44949 > <a href="#">Resumo</a>				
<b>#44949 SINOPSE</b>				
<b>RESUMO</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>EDIÇÃO</b>		
<b>SUBMISSÃO</b>				
Autores	Andressa Lewandowski, Ângelo José Gonçalves Bós			
Título	Saúde Bucal de Idosos Longevos			
Documento original	44949-181818-1-SM.DOCX 05-02-2014			
Docs. sup.	Nenhum(a)		<a href="#">INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</a>	
Submetido por	Ângelo José Gonçalves Bós 			
Data de submissão	fevereiro 5, 2014 - 19:17			
Seção	Artigos			
Editor	Nenhum(a) designado(a)			
<b>SITUAÇÃO</b>				
Situação	Aguardando designação			
Iniciado	05-02-2014			
Última alteração	05-02-2014			
<b>METADADOS DA SUBMISSÃO</b>				
<a href="#">EDITAR METADADOS</a>				
<b>AUTORES</b>				
Nome	Andressa Lewandowski 			
Instituição/Afiliação	PUCRS/IGG			
País	Brasil			
Resumo da Biografia	—			
Nome	Ângelo José Gonçalves Bós 			
Instituição/Afiliação	PUCRS / IGG			
País	—			
Resumo da Biografia	—			
Contato principal para correspondência.				
<b>TÍTULO E RESUMO</b>				
Título	Saúde Bucal de Idosos Longevos			

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:  
**abos**[Meus periódicos](#)  
[Perfil](#)  
[Sair do sistema](#)CONTEÚDO DA  
REVISTA

Pesquisa


Procurar

[Por Edição](#)  
[Por Autor](#)  
[Por título](#)  
[Outras revistas](#)TAMANHO DE  
FONTE

INFORMAÇÕES

[Para leitores](#)  
[Para Autores](#)  
[Para Bibliotecários](#)