



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO MULTIINSTITUCIONAL EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE MANAUS / AM.

EVANGELINE MARIA CARDOSO

MANAUS
2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ-UFPA
MESTRADO MULTIINSTITUCIONAL EM
SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

EVANGELINE MARIA CARDOSO

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE MANAUS / AM.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo

Co-Orientadores: Prof. Dr. Mario Vianna Vettore

Prof^ª. Dra Rosana C. Pereira Parente

MANAUS

2009

EVANGELINE MARIA CARDOSO

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE MANAUS / AM.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Aprovado em 27 de março de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^{ta}. Dr^a. Maria Augusta Bessa Rebelo, Presidente

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof^{ta}. Dra. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves, Membro efetivo

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof. Dr. Emílio Carlos Sponchiado Júnior, Membro efetivo

Universidade Federal do Amazonas–UFAM e Universidade do Estado do Amazonas–UEA

Prof^{ta}. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente – Membro suplente

Universidade Federal do Amazonas–UFAM

Prof^{ta}. Dra Nikeila Chacon de Oliveira Conde – Membro suplente

Universidade Federal do Amazonas -UFAM

A minha filha que nesses dias pronunciou:

- Maanhêêêêêê! você não me alimenta...

Argumentei, meio culpada, que minha negligência era
por uma boa causa.

Acho que entedeu! Está trabalhando como voluntária.

Ela, pelas crianças. Eu, pelos idosos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor que me concedeu, pela esperança que me domina, pela certeza de que é possível melhorar.

Aos meus pais, que me proporcionaram a confiança necessária para continuar, sempre.

A minha família, pelo apoio constante e irrestrito.

A minha orientadora, Prof. Dra. Augusta Rebelo, por aceitar o desafio e pela orientação que possibilitou a realização desse trabalho.

A Prof. Dra Rosana Parente, com admiração, pela co-orientação na elaboração do projeto.

Ao Dr. Mario Vettore, co-orientador, pela disponibilidade, por desanuviar o mistério da análise estatística e pela mansidão na abordagem das complexidades.

As assistentes sociais, Dulciclei Gonçalves e Jordana Andrade, pela força e companheirismo ao trilhar os tortuosos caminhos do trabalho de campo.

Ao IBGE, especialmente o Adjalma Nogueira, pela disponibilidade e presteza em viabilizar os documentos necessários aos pesquisadores.

A Fundação Dr. Thomas, por autorizar a realização do treinamento em suas dependências e proporcionar a oportunidade de conhecer as histórias fantásticas de seus hóspedes.

Ao Centro de Referência Integral a Melhor Idade – CAIMI André Araújo, especialmente a Dra Juliane, Cirurgiã Dentista, por participar do treinamento sensibilizando os pacientes e pela cessão de seu espaço de trabalho para realização do treinamento.

A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, especialmente as Unidades Básicas de Saúde pela informação para localização dos idosos em suas áreas de abrangência.

Ao CEREST, meus colegas de trabalho e principalmente Cinthia Vivianne, pela complacência nos momentos de ausência e por proporcionarem as condições necessárias à conclusão desse trabalho

Aos idosos que participaram da pesquisa e nos acolheram em suas casas com compreensão e espírito de colaboração.

AGRADEÇO

O afã das descobertas proporciona ao ser humano a oportunidade de, ao longo da vida, adquirir experiências. A sapiência de compreender essa relação e não abrir mão de buscar novos conhecimentos, em qualquer fase da vida, proporciona ao idoso experiência e sabedoria sem jamais se tornar um “velho”.

Evangeline Cardoso

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar a saúde bucal dos idosos residentes em Manaus/Amazonas/Brasil. Um estudo transversal de base populacional foi conduzido em 667 idosos de 65 a 74 anos de idade aleatoriamente selecionados. A metodologia foi baseada no Projeto SB-Brasil e informações sobre dados sócio-econômicos, acesso aos serviços odontológicos, autopercepção em saúde bucal e o índice GOHAI foram coletadas. Além disso, foram realizados exames clínicos para determinar a prevalência das principais doenças bucais. Inicialmente foi aplicado o Teste de Fluência Verbal para avaliar a função cognitiva quanto a capacidade de recuperar dados estabelecidos na memória de longo prazo. A maioria da amostra se constituiu do sexo feminino, de etnia parda, com ensino fundamental incompleto, casa própria, não possuindo automóvel e com renda pessoal média de R\$ 711,24. O CPO-D médio encontrado foi 29,0 (\pm 4,3), com predomínio do componente perdido (95%) e a prevalência de edentulismo foi 52,2%. O uso de prótese foi mais frequente na arcada superior (87,7%) com uma maior necessidade de prótese total (42,9%), para o arco inferior a maior necessidade foi de prótese parcial (33,7%). A condição periodontal foi avaliada em apenas 14,3% dos sextantes, os demais foram excluídos em consequência de edentulismo, e a condição mais frequente foi a presença de cálculo dental. O acesso aos serviços odontológicos ocorreu principalmente através do sistema de saúde privado (61,3%) e teve como principal motivo a visita de rotina. A avaliação da saúde bucal autopercebida foi relatada como boa e ótima sob todos os aspectos, com associação positiva para o menor número de dentes. A auto-percepção da saúde bucal da população estudada não foi condizente com a precária condição clínica encontrada, o que sugere a necessidade preeminente de atenção à saúde bucal dos idosos.

Palavras-chave: saúde bucal, autopercepção, idosos.

ABSTRACT

The purpose of this study was to characterize the oral health conditions of elderly people residents in Manaus, Amazonas, Brazil. The study was a population based cross-sectional study involving 667 elderly people between 65 to 74 years of age randomly selected. The methodology based on “SB-Brasil” project was employed to collect data regarding socioeconomic characteristics, access to dental services, self-perception of oral health and GOHAI index. In addition, dental clinical examinations were conducted to determine the prevalence of the main oral health diseases. Firstly, the Verbal Fluency Test was applied to assess the cognitive function regarding the capacity to recover information from long term. The majority of the sample was female, with lighter-skinned black ethnicity and with less than 9 years of schooling. Furthermore, most participants reported not holding car with a mean per capita income of R\$711,00. The mean of DMFT was 29.0 (\pm 4.3) and the missing component accounted for 95% of the index. The prevalence of edentulism was 52.2% and the prosthesis use was more frequent in upper arcade (87.7%). The frequency of total prosthesis need in upper arcade was 42.9%, while in lower arcade partial prosthesis need was 33.7%. Periodontal condition was assessed in only 14.3% of the sextants as other sextants were excluded due to edentulism. The frequency of dental calculus was the periodontal condition more prevalent. The access to dental services occurred mainly through private health system (61.3%) and the main reason for seeking dental services was routine visit. The assessment of self-perceived oral health was reported good and great in all aspects, with positive association with lower number of teeth. The self-perception of oral health in the studied population was not in accordance with the poor oral clinical condition observed. This suggests the paramount need of attention to oral health of older people.

Key words: oral health, self-perception, elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Amazonas
BBO	Bibliografia Brasileira de Odontologia
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAIMI	Centro de Atendimento Integral a Melhor Idade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DP	Desvio Padrão
FDI	Federação Dentária Internacional
GOHAI	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICNTP	Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	National Library of Medicine
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIP	Índice de Perda de Inserção Periodontal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFV	Teste de Fluência Verbal
RA	Região Administrativa
SP	São Paulo
SB-Brasil	Saúde Bucal – Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Tamanho da amostra segundo as variáveis clínicas.....	33
Quadro 2 –	Sub-distritos de Manaus	35
Quadro 3 –	Número de idosos, percentual e tamanho da amostra por sub-distrito.	36
Quadro 4 –	Teste de Kappa e concordância simples para análise de variação intra-examinador.....	38
Quadro 5 –	Resumo dos códigos quanto a realização dos exames	39
Quadro 6 –	Resumo dos códigos para cárie dentária	43
Quadro 7 –	Resumo dos códigos para necessidade de tratamento	44
Quadro 8 –	Resumo dos códigos para avaliação do uso de prótese	44
Quadro 9 –	Resumo dos códigos para avaliação da necessidade de prótese.....	45
Quadro 10 –	Resumo dos códigos para o índice CPI	46
Quadro 11 –	Resumo dos códigos para o índice PIP	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização socio-econômica dos idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus,AM, 2008.....	48
Tabela 2.	Distribuição de frequência e percentual de idosos de 65 a 74 anos dentados e edentados segundo o sexo, Manaus,AM, 2008.....	49
Tabela 3.	Distribuição média e percentual das características clínicas segundo o índice CPOD, seus componentes e dentes hígidos em idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus,AM, 2008.....	50
Tabela 4.	Necessidade de tratamento odontológico segundo o sexo em idosos de 65 a 74 anos, Manaus,AM, 2008.....	51
Tabela 5.	Frequência e percentual das condições protéticas para os arcos superior e inferior em idosos de 65 a 74 anos, Manaus,AM, 2008.....	51
Tabela 6.	Frequência e percentual da necessidade protética para os arcos superior e inferior em idosos de 65 a 74 anos, Manaus,AM, 2008.....	52
Tabela 7.	Frequência e média de sextantes segundo o maior grau de condição periodontal de acordo com o Índice Periodontal Comunitário – CPI em idosos de 65 a 74 anos por sexo. Manaus,AM, 2008.....	52
Tabela 8.	Frequência e média de sextantes segundo o maior grau de perda de inserção periodontal - PIP em idosos de 65 a 74 por o sexo, em Manaus,AM, 2008.....	53
Tabela 9.	Acesso aos serviços odontológicos por idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus,AM, 2008	54
Tabela 10.	Auto-percepção da saúde bucal por idosos de 65 a 74 segundo o sexo, anos, Manaus,AM,2008.....	55
Tabela 11.	Frequência e percentual do escore GOHAI em idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus,AM,2008.....	56
Tabela 12.	Análise bivariada entre características clínicas bucais de cárie e condição periodontal e autoclassificação da saúde bucal dos idosos de 65 a 74 anos, Manaus,AM, 2008.....	57
Tabela 13.	Análise bivariada entre variáveis de uso e necessidade de prótese, edentulismo e autoclassificação de saúde bucal em idosos de 65 a 74 anos, Manaus,AM,2008.....	58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. OBJETIVOS.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A SAÚDE DO IDOSO	16
2.2. EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL.....	20
2.2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS NACIONAIS	20
2.2.2. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO LOCO- REGIONAL.....	22
2.3. ESTUDOS SOBRE AUTOPERCEPÇÃO.....	25
3. METODOLOGIA.....	31
3.1. DESENHO DO ESTUDO	31
3.2. UNIVERSO DO ESTUDO	31
3.3. PLANO AMOSTRAL	31
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
3.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	33
3.6. RISCOS E BENEFÍCIOS	34
3.7. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
3.7.1. SORTEIO DOS SETORES CENSITÁRIOS	34
3.7.2. CALIBRAÇÃO	36
3.7.3. LEVANTAMENTO DOS DADOS	38
3.7.3.1. ENTREVISTA	40
3.7.3.1.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA.....	40
3.7.3.1.2. ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	41
3.7.3.1.3. AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL	41
3.7.3.1.4. ÍNDICE DE DETERMINAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL GERAL – GOHAI	42
3.7.3.2. EXAME CLÍNICO	42
3.7.3.2.1. A CÁRIE E A NECESSIDADE DE TRATAMENTO.....	43
3.7.3.2.2. USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE.....	44
3.7.3.2.3. CONDIÇÕES DO PERIODONTO.....	45
3.8. ANÁLISE DOS DADOS	46
4. RESULTADOS.....	48
5. DISCUSSÃO.....	59
6. CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	70
Anexo 1 Ficha Clínica	70
Anexo 2 Caracterização sócio-econômica, acesso aos serviços odontológicos, auto-percepção em saúde bucal	71
Anexo 3 Índice de Determinação da Condição de Saúde Bucal Geral – GOHAI	72
Anexo 4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73

INTRODUÇÃO

O Brasil, historicamente considerado um país de jovens, começa a se deparar com os problemas decorrentes do envelhecimento da população, dentre os quais o aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, mudando o paradigma da saúde pública do país.

No período de 1980 a 2000, o grupo de 0 a 14 anos cresceu apenas 14%, o crescimento médio da população foi de 56% enquanto o grupo de 60 anos ou mais cresceu 107%. Assim, a população idosa cresceu, proporcionalmente, oito vezes mais que a de jovens e quase duas vezes mais que a população total (BRASIL, 2002).

A transição demográfica repercute na estrutura social de uma população ocasionando uma série de conseqüências previsíveis, dentre elas, alterações epidemiológicas que deveriam ser determinantes da definição de políticas públicas direcionadas ao enfrentamento dos agravos segundo essa demanda (SIQUEIRA, BOTELHO E COELHO, 2002). No contexto da saúde bucal essas mudanças também têm conseqüências previsíveis e, da mesma forma, de proporções conhecidas, deveriam ser determinantes na definição de medidas eficazes para evitar o adoecimento e a perda das estruturas dentais ao longo da vida.

O reconhecimento dessa demanda e a importância de conhecer melhor as necessidades desse contingente populacional tem aumentado a quantidade de investigações nas distintas áreas de conhecimento direcionados a população idosa com o objetivo de adaptar as políticas segundo essas necessidades. No âmbito internacional, com base em estudos científicos, vários países conhecem a prevalência da cárie dentária em suas populações desde as primeiras décadas do século XX, no entanto, o Brasil só realizou o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal, de base nacional, em 1986 e somente em 2003 realizou um

estudo mais amplo incluindo o diagnóstico da situação de saúde bucal dos idosos (RONCALLI, 2006).

Os estudos epidemiológicos de saúde bucal realizados no Brasil (ROSA et al., 1992; COLUSSI e FREITAS, 2002; COLUSSI, FREITAS e CALVO, 2004; CARNEIRO, 2005; REIS et al., 2005; GAIÃO, ALMEIDA e HEUKELBACH, 2005; LEBRÃO e DUARTE, 2005; PINTO e LIMA, 2006), de base loco-regionais e direcionados a população idosa, em sua maioria, se restringiram a grupos específicos como idosos intitucionalizados que frequentam uma determinada unidade de saúde ou de um determinado bairro, essa segmentação, muitas vezes, concentra características específicas de um determinado grupo, não possibilitando inferências sobre a população geral. Esses estudos têm mostrado alta prevalência de edentulismo, grande necessidade de prótese dental e de tratamento periodontal.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 garantiu o direito universal e integral à saúde a todo cidadão brasileiro a ser viabilizada por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. A legislação que regulamenta o SUS foi publicada a partir de 1990 e as políticas públicas do SUS direcionadas ao idoso foram marcadas pela publicação da Política Nacional do Idoso em 1994, pela Política Nacional de Saúde do Idoso em 1999, a partir da qual foram criadas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso em 2002 e em 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso no qual consta um capítulo específico sobre a saúde da pessoa idosa. Em fevereiro de 2006, novas diretrizes nacionais do SUS determinaram a Saúde do Idoso como uma prioridade incluída no Pacto pela Saúde e, finalmente, em outubro de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a finalidade de “*recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais*” (BRASIL, 2006b). Nesse contexto, apesar do avanço significativo na

legislação, o quadro epidemiológico de saúde bucal apresentado pelos estudos científicos não evidenciam ainda resultados positivos quanto aos cuidados com esse segmento da população.

No campo da odontologia, pesquisas apontam para ênfase em estudos sobre a autopercepção, considerando que esta condiciona o comportamento dos indivíduos e influencia diretamente no autocuidado e na identificação das necessidades de atenção e tratamento (UNFER et al, 2006). Outra abordagem que tem sido amplamente utilizada por pesquisadores são os estudos que investigam a saúde bucal relacionada a qualidade de vida auto-relatada. Estudos dessa natureza foram realizados em vários países no mundo, Japão (TSUGA et al, 1998), Canadá (LOCKER et al, 2000), Flórida - EUA (HELFT et al, 2003), França (TUBERT-JEANNIN et al, 2003) e também no Brasil (SILVA e CATELLANOS FERNANDES, 2001; SILVA, SOUSA e WADA, 2005; MATOS e LIMA-COSTA, 2006). Os achados demonstram que a percepção dos idosos quanto a sua condição de saúde bucal se amparam em critérios relacionados aos sintomas, enquanto os profissionais usam critérios relacionados a presença ou ausência de doença.

Baseado no exposto, o presente estudo se propõe a analisar as condições de saúde bucal e a autopercepção quanto a saúde bucal dos idosos residentes em Manaus, e assim fornecer fornecer subsídios para o planejamento e o desenvolvimento de serviços de saúde bucal, amparados no conhecimento da realidade epidemiológica.

1) OBJETIVOS

1.1 GERAL

Identificar a situação epidemiológica de saúde bucal dos idosos residentes no município de Manaus quanto as condições clínicas e autopercepção em saúde bucal.

1.2 ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência da cárie dentária;
- Determinar as necessidades de tratamento relacionadas à cárie dental;
- Avaliar a necessidade de tratamento periodontal;
- Estimar a prevalência de edentulismo;
- Determinar a necessidade e uso de prótese;
- Avaliar a autopercepção em saúde bucal;
- Avaliar o acesso aos serviços odontológicos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A SAÚDE DO IDOSO

No mundo contemporâneo vem aumentando o número de estudos que abordam questões relacionadas a pessoa idosa, muitos destes, direcionados especificamente à questão social. Nesses estudos, ainda é frequente observar que parte da população relaciona a velhice com pobreza, inatividade laboral, marginalidade social e enfermidade, apesar dos esforços para que os idosos participem cada vez mais ativamente das atividades físicas, de lazer e culturais, muitas vezes por meio de grupos organizados, contribuindo para a inclusão na vida social e melhoria da qualidade de vida.

Duarte (1999) realizou um estudo sobre alguns aspectos da velhice abordando especialmente que a idade não é um “estado” (grifo do autor) mas um processo diferencial, período em que ocorrem acontecimentos próprios com sua vertente positiva ou negativa, que configura o desenvolvimento em cada época da vida e não apenas na velhice. Como é processo e não algo que acontece de repente, alguns riscos ou negatividades não se caracterizam como resíduo do passado comum a todos, mas construído a partir das experiências vivenciadas que vão configurando de forma diferenciada a idade cronológica, social (capacidade funcional), biológica (modificações físicas graduais de natureza e amplitude individuais) e psicológica (modificações cognitivas e afetivas que se produzem ao longo do tempo).

As modificações características de cada idade são influenciadas pelas vivências individuais e não seguem necessariamente a idade cronológica e vice-versa, havendo uma mútua interrelação e superposição de umas sobre as outras caracterizando o envelhecimento e toda sua complexidade. Dessa forma, não se pode atribuir qualquer tipo de deterioração

exclusivamente à idade cronológica que, em princípio, refere-se apenas uma divisão concreta que tipifica as pessoas do ponto de vista temporal (DUARTE, 1999).

Na França do século XIX o termo velhice era usado para caracterizar pessoas de mais idade que não tinham recursos econômicos e não detinham *status* social, enquanto os que detinham eram designados de idosos. Nas sociedades orientais, as pessoas mais velhas são consideradas sábias e são respeitadas pelas gerações mais jovens. Nas sociedades ocidentais, os idosos são associados ao estigma da dependência e, em alguns segmentos da sociedade, como um fardo social e econômico. No Brasil, ainda prevalece a conotação negativa quanto ao vocábulo velho, embora o termo terceira idade venha sendo empregado como alternativa isenta da conotação depreciativa valorizando a percepção da velhice como um processo natural (SIQUEIRA, BOTELHO e COELHO, 2002).

Ramos (2002) realizou um estudo sobre os relacionamentos sociais e sua influência sobre a saúde dos idosos e concluiu que há grande evidência da importância das redes de integração social no bem-estar físico e psicológico. Nesse estudo, afirma que dependendo do caráter igualitário, de reciprocidade e voluntário das relações é possível identificar interações positivas pelo enriquecimento das relações e aumento da autovalorização, no entanto relações de excessiva assistência ou dependência leva a sentimentos de culpa e vergonha. Assim “*a deterioração da saúde pode ser influenciada não somente por um processo natural, mas também por uma falta de qualidade nas relações sociais*”

A visão estereotipada do processo de envelhecimento com uma abordagem exclusivamente negativa ainda ocorre, inclusive entre os próprios idosos, revelando muito do preconceito ainda existente e pouco conhecimento sobre o processo de envelhecimento. Xavier et al (2003), em estudo realizado com uma amostra aleatória de idosos com mais de 80

anos, residentes numa comunidade em Veranópolis, Rio Grande do Sul, declara que, para os idosos, a qualidade negativa de vida estava mais associada a perda de saúde enquanto a qualidade positiva estava mais frequentemente associada a uma multiplicidade de aspectos incluindo atividade, renda, vida social e relação com a família. Assim, o aspecto saúde poderia ser relacionado como indicador de qualidade de vida negativa, porém um indicador insuficiente de velhice bem sucedida.

Nesse contexto, tem se ampliado a visão holística sobre o envelhecimento como um processo complexo e pluridimensional, identificado como parte do desenvolvimento biológico, social e psicológico, com abordagem centrada na qualidade de vida e não apenas na longevidade. Porém, o conceito de qualidade de vida é variável e subjetivo, podendo estar relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal, abrangendo aspectos relativos a capacidade funcional, nível sócio-econômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosos, estilo de vida, satisfação com atividade laborativa e ou atividades cotidianas no ambiente em que vive, estando ligado diretamente às aspirações pessoais de cada indivíduo (VECCHIA et al, 2005). De uma forma geral, é possível verificar que a capacidade de gerir as atividades cotidianas de convívio social pode determinar a autoavaliação do idoso, não importando se isso é resultante de um controle bem-sucedido de doenças crônicas.

Estudos sobre a avaliação em saúde bucal relacionado a qualidade de vida e ou satisfação em saúde bucal auto-relatada evidenciam que a saúde bucal subjetivamente percebida, quando comparada a medidas clínicas realizadas profissionalmente, são muitas vezes discordantes. Esse paradoxo pode ser explicado se considerar a relação entre essas variáveis com as experiências individuais e fatores sócio-ambientais que, por sua vez, podem influenciar os valores e significados que interagem com a adaptação a doença e os desafios

que ela representa. De acordo com o enfrentamento desses impactos, o indivíduo pode ou não achar que a sua qualidade de vida está comprometida (LOCKER e GIBSON, 2005).

A influência das relações sociais no desenvolvimento de agravos em saúde bucal, por meio de mecanismos comportamentais e biológicos, que são inter-relacionados, pode determinar as opções por escolhas saudáveis capazes de suprir necessidades da vida diária. Fatores psicológicos, educacionais, recursos financeiros e recursos sociais caracterizam-se como fatores de proteção e se constituem como ferramenta de autonomia, pois, nos espaços sociais, os indivíduos aprendem a compartilhar modos de lidar com o processo saúde-doença (ARAÚJO, 2006).

A manutenção da saúde bucal contribui para a autonomia e melhora o quadro geral de saúde do idoso, pois na medida em que mantém a saúde bucal e conseqüentemente uma aparência agradável, melhora a auto-estima e sua capacidade de fonação, contribuindo para a integração do idoso ao meio social valorizando-o e estimulando uma maior autonomia quanto à sua saúde. Nesse caso, a odontologia atua como um agente de integração na sociedade influenciando o suporte social, como num sistema “*feed back*” (ARAÚJO, 2006).

Assim, o conceito ampliado de saúde da OMS mostra-se restrito no que se refere a população idosa, pois a ausência de doenças é um privilégio de poucos nessa faixa etária, mas o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, considerando que a presença de doenças, num contexto favorável, pode ser controlada, reduzindo as sequelas e incapacidades associadas. A autonomia está associada ao bem-estar e sua perda está associada à progressiva reclusão social, tendência ao sedentarismo, déficit cognitivo, perda de auto-estima e abandono de autocuidados, fatores que aumentam os riscos de complicações das doenças crônico-degenerativas, podendo comprometer a capacidade funcional e aumentar a dependência. Enfim,

o envelhecimento saudável é resultante multidimensional da complexa interação entre o indivíduo e o meio ambiente (RAMOS,2007).

2.2 EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL

2.3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS NACIONAIS EM SAÚDE BUCAL:

O primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal de base nacional, realizado em 1986, analisou a prevalência da cárie dental, das doenças periodontais, necessidade e uso de prótese total e a procura por serviços odontológicos em dez grupos etários, incluindo 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos. Naquela ocasião não foi incluída a faixa etária de 60 anos e mais, pois, embora as metas em saúde bucal estabelecidas pela FDI e OMS, a ser atingidas pelos apíses até o ano 2000, incluísse os idosos, no Brasil a esperança de vida ao nascer no período de 1975 a 1980 (período de referência para esse levantamento) era em média 65,5 anos para as mulheres e de 61,3 anos para os homens. Portanto, considerou-se a faixa de 50-59 anos como a mais representativa para a programação das ações em saúde bucal (BRASIL, 1988).

Os dados desse levantamento demonstraram uma grave situação de saúde bucal no grupo etário de 50 a 59 anos, cujo CPO-D encontrado foi 27,2 com 86% dos elementos dentários perdidos e apenas um pouco mais de 1% do periodonto considerado sadio. O CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos e 35 a 44 anos foi 12,7 e 22,5, respectivamente (BRASIL, 1988).

O segundo levantamento em saúde bucal de base nacional foi realizado dez anos depois, em 1996, com o objetivo de direcionar as ações preventivas para o SUS, avaliou

apenas a prevalência da cárie dental na faixa etária de 6 a 12 anos em escolas públicas e particulares das capitais e do Distrito Federal (BRASIL, 1996).

O Brasil avançou muito na área de saúde bucal infantil, pois a odontologia dedicou estudos, principalmente, direcionados para descobertas na área de prevenção e tratamento da cárie em crianças até 12 anos. Como consequência, as políticas públicas direcionaram seus projetos para a fluoroterapia e atividades de educação em saúde bucal, de tal forma que a redução da cárie é considerável nesse contingente populacional. Contudo, a saúde bucal dos idosos no Brasil é considerada uma das piores do mundo, pois os resultados dos investimentos anteriormente citados ainda não têm reflexos na população idosa (COLUSSI e FREITAS, 2002).

Em 2003, realizou-se o terceiro e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal de base nacional, com uma amostra de 108.921 pessoas das zonas urbana e rural de 250 municípios, sendo 50 por região. Avaliou-se os principais agravos em diferentes grupos etários, desta vez incluindo os idosos na idade índice de 65 a 74 anos. A metodologia usada produziu resultados que permitiram uma análise comparativa dos dados nacionais com os dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000 (BRASIL, 2005).

Esse levantamento apontou que apenas 10,23% da população (na Região Norte 8,5%), na faixa etária de 65 a 74 anos apresentavam 20 ou mais dentes presentes. O índice CPO-D foi 27,79 (28,34 na Região Norte) com uma participação de 92,95% do componente perdido (na Região Norte 93,08%) e apenas 7,89% (na Região Norte 7,24%) com o periodonto saudável. O CPO-D para as faixas etárias de 12, 15 a 19, 35 a 44 foi 2,78, 6,17 e 20,13, respectivamente. Nas suas considerações finais esse estudo refere que “*o edentulismo*

continua sendo um grave problema de saúde em nosso País, especialmente para os idosos” (BRASIL, 2005).

A OMS/FDI propôs como meta para o ano 2000, que 50% da população aos 65-74 anos tivessem 20 ou mais dentes naturais presentes. Em 1993 foram propostas novas metas para essa faixa etária, desta vez para o ano 2010, algumas relacionadas à melhoria das condições periodontais medidas pelo Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal – ICNTP, a saber: 0,50 sextantes com nível 4 e, no máximo, 5% de desdentados (OPAS-BRASIL, 2006).

2.3.2 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE SAÚDE BUCAL DO IDOSO NO ÂMBITO LOCO-REGIONAL:

Em 1992, Rosa et al realizaram um estudo descritivo, na cidade de São Paulo, que teve como objetivo viabilizar um padrão referencial do estado de saúde bucal da população de 60 anos ou mais para ser integrado a uma pesquisa internacional da FDI, pois não existiam dados de prevalência dos problemas de saúde bucal em idosos no Brasil. Esse estudo utilizou dois extratos para a amostra, um de base populacional e outro de idosos intitucionalizados, porém os resultados não permitiram inferências sobre a população do município de São Paulo, considerando que a amostra foi coletada em apenas três bairros desse município e em duas instituições para internação de pessoas idosas. Os resultados apresentaram uma população idosa onde cada pessoa possuía, em média, apenas dois dentes sadios e dentre os acometidos pela cárie aproximadamente 28 dentes extraídos, evidenciando que os idosos não tiveram acesso ao tratamento odontológico conservador.

Colussi e Freitas (2002), após realizarem uma pesquisa com o objetivo de avaliar os estudos epidemiológicos de saúde bucal em idosos no Brasil, no período de 1988 - ano da

publicação do primeiro levantamento epidemiológico nacional - até 2001, afirmaram que é difícil elaborar programas direcionados a saúde bucal de idosos tendo como base dados epidemiológicos, pois os mesmos eram praticamente inexistentes. Esse estudo investigou a base de dados BBO, LILACS e MEDLINE e encontrou no período apenas 29 artigos sobre idosos, dos quais apenas oito sobre dados epidemiológicos. Esses poucos artigos sobre o quadro epidemiológico da saúde bucal em idosos no Brasil eram unânimes nos resultados, confirmavam as precárias condições de saúde bucal nessa faixa etária e apontavam valores do índice CPO-D variando entre 26,8 e 31,0 com grande participação do componente extraído e alta prevalência de edentulismo.

Colussi et al (2004) realizaram um estudo de base domiciliar com uma amostra aleatória representativa da população do município de Biguaçu em Santa Catarina, examinaram 277 idosos com idade média de 70,1 anos e observaram que os idosos tinham em média apenas 2,9 dentes hígidos, com predominância dos dentes perdidos, 92,1%, em um CPO-D médio de 28,9. A prevalência de edentulismo foi 48,4%, abaixo da média nacional, desse total 47,7% necessitavam de prótese superior e 42,6% de prótese inferior. Esse estudo concluiu que apesar de apresentar uma prevalência de edentulismo mais baixa que a média nacional apresentada pelo SB-Brasil e por outros estudos locais, a população idosa de Biguaçu apresenta alta prevalência de cárie e grande necessidade de reabilitação protética.

Reis et al (2005) estudaram em Goiânia, 289 idosos de idade igual ou maior que 60 anos em todas as instituições cadastradas no município, o que somava um total de 10 instituições de longa permanência, sendo 2 públicas e 8 filantrópicas. Foram examinados todos os idosos dentro da faixa etária predeterminada que autorizaram a realização do exame. O CPO-D encontrado foi 30,17, com predomínio dos dentes perdidos (95,38%) e 1,02% de obturados. Todos os idosos apresentaram alguma experiência de cárie e 69,20% dos idosos

eram totalmente desdentados. Quanto ao uso de prótese, 35,6% dos idosos não o faziam, 45,33% usavam a superior e 24,57% a inferior.

Carneiro et al (2005) realizaram uma pesquisa transversal com enfoque específico para estudar a situação de saúde bucal de idosos institucionalizados e examinaram, em 1999, 293 idosos residentes em instituições particulares de cunho filantrópico. Por conveniência, o estudo foi realizado na Zona Leste de São Paulo, região onde constava 23 instituições das 147 existentes no município e destas, apenas 5 fizeram parte da amostra obedecendo critério preestabelecido de ser instituição de médio e grande porte. Observou-se que 83,6% da amostra apresentava edentulismo superior e 73,4% edentulismo inferior, 68,3% eram totalmente edêntulos, dos quais 42,0%, 68,5% e 42,0% não usavam prótese total superior, inferior e ambas, respectivamente. O CPO-D encontrado foi 30,8, com uma participação de 96,3% do componente perdidos. A condição periodontal com maior prevalência foi o cálculo e somente 1,8% foi considerada com periodonto sadio.

Gaião et al, em 2005, realizaram um estudo em uma instituição de Fortaleza-CE, que abrigava aproximadamente 221 idosos, dos quais 168 com idade igual ou superior a 65 anos. A idade média foi 76,6 anos e os resultados encontrados mostraram um índice CPO-D de 29,73 com uma média de 28,42 dentes perdidos e 0,14 obturados, 68,1% dos idosos não tinham nenhum dente hígido e 58,1% eram totalmente desdentados. Quanto a necessidade de prótese, 70% dos idosos não faziam uso de prótese superior e 81,3% de prótese inferior. Desconsiderando os sextantes excluídos, restaram 117 e apenas 11,1% eram sadios, os demais apresentavam cálculos dentários.

Numa abordagem mais ampla, Moreira et al (2005) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer o quadro epidemiológico de saúde bucal nos idosos do país a partir de

pesquisas científicas publicadas nas bibliotecas on line BIREME, MEDLINE, LILACS e BBO. A análise incluiu 18 estudos realizados nas regiões Sul e Sudeste, dos quais apenas dois apresentaram avaliação de autopercepção. Os valores médios do CPO-D variaram de 25 a 31, demonstrando a gravidade da cárie e suas consequências em idosos; o número de indivíduos com edentulismo total e que usavam prótese foi bastante elevado nas diferentes populações e contextos abordados. Os estudos que analisaram o uso e a necessidade de prótese apresentaram maior necessidade de prótese total que parcial e a necessidade de prótese total inferior foi maior que a de prótese total superior. Quanto às condições periodontais, observou-se um elevado número de sextantes excluídos, a presença de cálculo foi a principal alteração encontrada, seguido de bolsas periodontais profundas e retração gengival. As barreiras de acesso aos serviços odontológicos identificadas a partir dos trabalhos analisados foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal voltados à população idosa.

Os estudos aqui apresentados, realizados nas várias regiões do país, não evidenciaram grandes variações nos índices quanto a prevalência da cárie dentária, uso e necessidades de prótese e condição periodontal. Os valores encontrados apresentam uma situação de grande perda dentária e demonstram que o estado de saúde bucal dos idosos não tem se alterado de forma significativa ao longo dos últimos anos. Desde os primeiros estudos identificados até os mais recentes, pode-se observar que a prevalência da cárie é alta, bem como o edentulismo, esse considerado o resultado mais grave do ataque da cárie.

2.3 ESTUDOS SOBRE AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Num contexto de tão alta prevalência dos principais problemas que acometem os tecidos da boca e na busca de entender fatores que interferem na qualidade de saúde bucal,

alternativas complementares aos dados epidemiológicos tornaram-se uma necessidade. Assim, estudos sobre autopercepção, que investigam como as pessoas percebem sua condição bucal, passaram a ser uma vertente considerada nas pesquisas a partir de então.

Outra abordagem que vem ocupando espaço nas pesquisas sobre saúde bucal refere-se a descrição de índices associando saúde bucal e qualidade de vida, assim várias medidas foram desenvolvidas com o objetivo de quantificar resultados segundo essa abordagem. O índice GOHAI - *Geriatric Oral Health Assessment Index*, desenvolvido inicialmente para a população idosa, se propõe a medir os impactos associados aos problemas bucais e a avaliar a eficácia do tratamento odontológico a partir de três dimensões a saber: a dimensão física por meio da fala, deglutição e alimentação; a psicossocial incluindo a preocupação do idoso com a própria saúde bucal, com a aparência e com o comportamento social em decorrência dos problemas bucais; e, finalmente, a dimensão da dor e do desconforto incluindo uso de medicação ou a presença de dor ou desconforto nos espaços e estruturas da boca (ATCHISON & DOLAN, 1990).

Em pesquisa longitudinal realizada em Santa Mônica na Califórnia, Dolan et al (1998) acompanharam a natureza, magnitude e direção das mudanças em saúde bucal com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre a percepção dos idosos ao longo do tempo. Foram avaliados o índice GOHAI e a necessidade de tratamento odontológico auto-referida. A investigação deveria responder se, ao longo do tempo, havia variação na avaliação global de saúde bucal, quais diferenças individuais produziram mudanças e se produziram alterações nos valores do índice, refletindo de forma significativa as mudanças ocorridas. Os autores concluíram que as observações variaram ao longo do tempo, as mudanças foram consistentes e mais pronunciadas no nível individual do que quanto a distribuição global e sugeriram que o índice GOHAI e a autopercepção são medidas válidas e confiáveis.

Locker et al (2001) realizaram um estudo transversal para comparação entre o GOHAI e *Oral Health Impact Profile* – OHIP-14 como medidas de saúde bucal relacionada a qualidade de vida. A pesquisa foi realizada a partir de uma população de idosos de um centro de cuidados geriátricos cujos principais problemas de saúde bucal eram a perda dentária e xerostomia. Participaram do estudo 225 idosos com idade média de 83,3 anos, dos quais 69% eram dentados com uma média de 16,2 dentes presentes, 30% tinham perda de mais de 20 dentes, 71% usavam prótese parcial, 33% relataram que sua saúde bucal era regular ou ruim e 20% eram insatisfeitos com o seu estado de saúde bucal. O GOHAI foi descrito como índice com melhor desempenho quanto a capacidade de detectar os impactos das doenças bucais em estudos longitudinais. No entanto, para detecção da qualidade de saúde bucal relacionada a qualidade de vida, ambas as medidas apresentam consistência interna, confiabilidade e validade para estudos transversais.

Silva e Castellanos Fernandes (2001) realizaram um estudo com 201 idosos, funcionalmente independentes, que frequentavam um centro de saúde em Araraquara, SP. Um questionário com perguntas sobre as características demográficas, auto-avaliação da condição bucal e o índice GOHAI foram aplicados, além disso, exames clínicos foram realizados para determinar a prevalência das principais doenças bucais. Esse estudo mostrou que 60,8% das pessoas examinadas declararam não ter problemas com os dentes, 81,3% declaram não ter problemas com a gengiva, 42,7% avaliaram sua condição bucal como regular. O GOHAI apresentou um valor médio de 33,8, ou seja, condição de saúde bucal classificada como moderada. No entanto, o exame clínico mostrou que 77,2% dos dentes eram extraídos, 34,7% apresentavam bolsas periodontais profundas e 44,8% dos participantes tinham necessidade de prótese. Os autores concluíram que os indivíduos apresentaram deficiência na percepção dos problemas bucais, pois apesar de perceberem a condição bucal como favorável as condições

clínicas não eram satisfatórias. Assim, além da relação da autopercepção com alguns fatores clínicos, fatores subjetivos também estão relacionados incluindo sintomas, capacidade de sorrir, falar ou mastigar sem problemas. Ademais, fatores sociais como idade, renda e sexo também podem afetar a autopercepção. Relataram ainda, que as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão, mas a concordância entre o exame clínico e a autopercepção ocorre geralmente nos casos em há processos dolorosos ou comprometimento estético, desta forma, quando esses não estão presentes os problemas bucais são subestimados.

O projeto SB-Brasil (BRASIL, 2005) utilizou perguntas fechadas para determinar o índice de autopercepção da saúde bucal em idosos, os resultados obtidos foram: 4,26%; 45,99% e 27,48% dos idosos classificaram sua saúde bucal como ótima, boa e regular, respectivamente, e apenas 11,63% e 4,69% classificaram a saúde bucal como ruim e péssima. A soma do percentual de classificação positiva quanto a aparência dos dentes, gengivas, mastigação e fala variou entre 71,4 e 79,89%, quanto ao relacionamento 62,53% referiram não afetar.

Silva, Souza e Wada (2005) com o objetivo de verificar a autopercepção em relação à saúde bucal em idosos com e sem acesso a tratamento odontológico conveniado, avaliaram 112 indivíduos com mais de 60 anos de idade, de ambos os sexos, moradores da cidade de Rio Claro, SP. O valor médio do GOHAI para os grupos de idosos que não tinham acesso a convênio foi 33,25 e para idosos conveniados foi 33,95, não houve diferença significativa entre os grupos. O valor acima de 30 correspondeu a uma percepção positiva, embora as condições clínicas tenham evidenciado um grande número de indivíduos edêntulos e com próteses, mas que se sentem apenas incomodados com os problemas de mastigação. Estratificando o GOHAI quanto a dimensão física, psicossocial e relativa a dor/desconforto, a primeira apresentou média significativamente menor no grupo sem acesso a tratamento,

sugerindo que somente os problemas relacionados a mastigação realmente incomodaram nos três meses anteriores a entrevista. Foi observado ainda que esse resultado pode ter sido influenciado pelos indivíduos que usavam prótese total.

Matos e Lima-Costa (2006), a partir dos dados de 3.240 pessoas que participaram da pesquisa do SB-Brasil na Região Sudeste, dos quais 995 eram idosos na faixa etária de 65 a 74 anos, avaliaram quais fatores estavam associados a autoavaliação em saúde bucal e compararam as características das pessoas que avaliaram sua saúde bucal como ótima e boa com as que avaliaram como regular, ruim ou péssima. Nesse estudo, observaram que os idosos avaliaram sua saúde bucal melhor que os adultos e as características independentes associadas a melhor auto-avaliação foi a renda domiciliar per capita maior que R\$ 181,00 e a não necessidade atual de tratamento odontológico. Observaram ainda que os idosos edêntulos avaliaram sua saúde melhor que os dentados que apresentaram em média de 1 a 19 dentes presentes. Concluíram que esse paradoxo, provavelmente, estava associado à qualidade dos dentes remanescentes que geravam dor e ou insatisfação com a mastigação e estética, condição que os levou a considerar como real melhora a substituição dos dentes naturais por próteses. Além desses fatores, foi observada uma alta prevalência de edêntulos que referiram ser desnecessária a visita ao dentista e consideraram que esse fato é agravado pela admissão da perda dos dentes como um processo natural do envelhecimento, fato já citado anteriormente em outros estudos.

Com o objetivo de traduzir, validar e avaliar a confiabilidade do GOHAI na versão alemã, foi realizado um estudo com 275 participantes de 60 anos ou mais, cadastrados em um hospital de cuidados geriátricos e cuja situação de saúde, segundo o prontuário médico, não apresentasse senilidade, doença grave ou infecciosa. Nesse estudo, o GOHAI apresentou validade suficiente, consistência interna alta e indicou sensibilidade para detectar a mudança

clínica, pois a soma de pontuação aumentou significativamente quando realizado após o tratamento. O estudo concluiu que o GOHAI tem confiabilidade e validade para ser usado como medida de saúde bucal autorelatada e qualidade de vida em estudos transversais e longitudinais sobre idosos (HASSEL et al, 2008).

No Brasil, são poucos os estudos sobre autopercepção, principalmente em pesquisas de base populacional, apesar da sua importância para sintetizar a condição de saúde bucal quanto a funcionalidade e valores sociais, refletindo os comportamentos relacionados aos autocuidados com a saúde. De forma geral, todas as pesquisas direcionadas aos idosos apresentam um quadro preocupante em relação à saúde bucal, isso é observado em estudos de base nacional bem como nos estudos locais e, de forma semelhante, nos poucos estudos de base populacional e nas diferentes pesquisas realizadas em idosos institucionalizados. A alta prevalência de cárie, edentulismo e necessidade de prótese revelam um perfil epidemiológico desfavorável.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, sobre a situação de saúde bucal dos idosos residentes em Manaus, capital do Estado do Amazonas, a partir do qual se aferiu eventos de interesse epidemiológico e se produziu informações representativas sobre a prevalência da cárie dental por meio do índice CPO-D, doença periodontal por meio dos índices CPI e PIP e necessidade e uso de próteses na faixa etária etária de 65 a 74 anos.

3.2 UNIVERSO DO ESTUDO

O universo da pesquisa foi constituído por 27.853 idosos residentes em Manaus com a idade compreendida entre 65 a 74 anos. Esse quantitativo representa 42,82% do total de idosos, considerando idoso como os indivíduos com 60 ou mais segundo critério estabelecido pela FDI e pela Lei nº 8.842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, hoje vigente no Brasil (BRASIL, 2002).

3.3 PLANO AMOSTRAL

A amostra foi obtida por meio da técnica de amostragem probabilística aleatória e foi calculada uma amostra para cada variável considerada como objeto de estudo. A média ou proporção e variância utilizadas para o cálculo das amostras foram obtidas a partir das estimativas para a Região Norte do Projeto SB-Brasil. A amostra de maior valor foi considerada como amostra final e os cálculos foram obtidos a partir das fórmulas:

Fórmula para variáveis numéricas (Baseada no Projeto SB-Brasil):

$$n^* = \frac{z^2 \times s^2}{(x \times \varepsilon)^2} \times deff + \text{taxa de não resposta}$$

Onde:

n^* = Tamanho da amostra (valor a ser calculado)

z = Valor limite da área de rejeição considerando um determinado nível de significância, geralmente utiliza-se o valor 1,96 que corresponde a 95% de significância;

s^2 = Variância (calculado pelo desvio padrão ao quadrado). O valor encontrado de acordo com dados de SB-Brasil para o CPO-D da população de 65 a 74 anos na Região Norte, foi 6,32;

x = Média da variável. A média de dentes acometidos por cárie de acordo com os dados do SB-Brasil para os idosos da Região Norte foi 28,34.

ε = margem de erro aceitável, 10%.

deff = “desing effect” – efeito do desenho, usa-se em geral, 2

Taxa de não resposta = percentual estimado de perda de elementos amostrais, em geral é 20%.

Para as variáveis dicotômicas a fórmula utilizada foi:

$$n^* = \frac{z^2 \times p(1-p)}{(p \times \varepsilon)^2} \times \text{deff} + \text{taxa de não resposta}$$

Onde:

p = proporção

Para o ajuste da amostra para populações finitas aplicou-se a fórmula:

$$n = \frac{n^*}{1 + \left(\frac{n^*}{N} \right)}$$

Onde:

n = tamanho final da amostra (a ser calculado)

n^* = tamanho da amostra calculado na fórmula anterior

N = população total de acordo com o estrato que se quer calcular a amostra. Segundo o

IBGE, censo 2000, a população de Manaus de 65 a 74 anos era 27.853 pessoas.

VARIÁVEL	TAMANHO DA AMOSTRA
Cárie	46
Doença Periodontal / índice CPI	199
Doença Periodontal / índice PIP	711
Edentulismo	807
Necessidade de tratamento	9
Uso de prótese	625
Necessidade de prótese	532

Quadro 1: Tamanho da amostra segundo as variáveis clínicas.

Aplicando a fórmula, os resultados encontrados estão discriminados no quadro 1 e, dessa forma, foi realizado o exame em 807 idosos correspondente ao maior valor de amostra calculado.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os exames foram realizados em indivíduos idosos, na faixa etária de 65 a 74 anos, de ambos os sexos, residentes nos setores censitários sorteados.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as pessoas cujas condições de saúde não permitiram a realização do exame e os que, submetido ao teste de cognição, não alcançaram os pontos de cortes

determinados pelo método Teste de Fluência Verbal – TFV, categoria animais (LIMA et al, 2007).

3.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da UFAM, para avaliação segundo a resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e aprovado sob o protocolo nº 0234.0.115.000-07 em agosto de 2007.

O envolvimento de seres humanos nessa pesquisa resumiu-se a realização do exame clínico e a aplicação dos questionários e, portanto, os riscos aos indivíduos participantes foi considerado mínimo. A participação foi voluntária e foi garantido aos mesmos a possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento durante a coleta das informações.

O benefício decorrente do conhecimento das condições de saúde bucal nesta faixa etária está relacionada a produção de dados epidemiológicos para subsidiar o planejamento das ações de saúde bucal, facilitando a tomada de decisões destinadas a este segmento da população.

3.7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS. Baseados na proposta do projeto SB-Brasil (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c; BRASIL, 2005).

3.7.1 SORTEIO DOS SETORES CENSITÁRIOS

Sendo uma pesquisa de base populacional a amostra foi determinada através do sorteio dos setores censitários que são unidades territoriais definidas pelo IBGE para orientar a distribuição espacial da população. Manaus está dividida em 1.607 setores, dos quais 1.582 são classificados como zona urbana e estão organizados por sub-distritos (Quadro 2). A divisão aqui referida como “sub-distritos” obedece critérios definidos pelo IBGE para o censo 2000, e refere-se a unidades administrativas estabelecida por lei municipal (MANAUS, 1995).

SUB-DISTRITO	Nº DE SETORES	BAIRROS
Primeira R.A.	111	Centro, Aparecida, Praça 14, Presidente Vargas
Segunda R.A.	174	Compensa, Glória Santo Agostinho, Santo Antônio São Jorge, São Raimundo, Vila da Prata
Terceira R.A.	164	Alvorada, Bairro da Paz Redenção, Planalto Lírio do Vale, Nova Esperança
Quarta R.A.	176	Coroado, Japiim, Petrópolis, São Francisco, Raiz
Quinta R.A.	139	Betânia, Puraquequara, Colônia Antônio Aleixo, Colônia Oliveira Machado, Crespo, Distrito Industrial I e II, Educandos, Mauzinho Morro da Liberdade, Puraquequara, Santa Luzia São Lázaro, Vila Burití
Sexta R.A.	173	Adrianópolis, Aleixo Chapada, D. Pedro Flores, Nossa Senhora das Graças Parque 10, São Geraldo
Sétima R.A.	348	Cidade Nova, Colônia Santo Antônio, Colônia Terra Nova, Monte das Oliveiras, Novo Israel, Santa Etelvina
Oitava R.A.	11	Tarumã Ponta Negra
Nona R.A.	286	Armando Mendes, Jorge Texeira São José, Tancredo Neves Zumbi
TOTAL	1582	

Quadro 2 – Sub-distritos de Manaus

Fonte: IBGE/Censo 2000

O cálculo do tamanho da amostra em cada sub-distrito foi proporcional ao percentual de idosos residentes no sub-distrito, considerando os dados do censo 2000. Para realização do sorteio, os setores censitários foram estratificados de acordo com a proporção de idosos

residentes em cada setor. Assim o estrato refere-se aos setores cuja proporção de idosos é superior a 1% do total de idosos por região administrativa, segundo esse critérios permaneceram um total de 254 setores para participar do sorteio. A amostra também foi estratificada por sub-distrito, assim o número de idosos da mostra foi proporcional ao total de idosos em cada região administrativa (Quadro 3).

Nome do Sub-distrito	Idosos	%	Amostra
Primeira Região Administrativa	3648	13,10	106
Segunda Região Administrativa	4047	14,53	117
Terceira Região Administrativa	2928	10,51	85
Quarta Região Administrativa	3815	13,70	111
Quinta Região Administrativa	3072	11,03	89
Sexta Região Administrativa	3553	12,76	103
Sétima Região Administrativa	3565	12,80	103
Oitava Região Administrativa	126	0,45	4
Nona Região Administrativa	3065	11,00	89
Total	27853		807

Quadro 3 – Número de idosos, percentual e tamanho da amostra por sub-distrito

O sorteio foi realizado considerando o número dos setores censitários. Foi sorteado primeiro o número correspondente a unidade, depois o número correspondente a dezena e por último o número correspondente a centena. Esse procedimento foi repetido tantas vezes quanto necessário até que a soma dos idosos residentes nos setores sorteados atingisse o tamanho amostral preestabelecido para aquele sub-distrito.

3.7.2 CALIBRAÇÃO:

Com o objetivo de padronizar a mensuração e reprodução das observações segundo os critérios pré-determinados para o diagnóstico foi realizado o processo de calibração intra-examinador, garantindo assim a confiabilidade e reprodutibilidade dos dados. No treinamento

de calibração apenas a própria pesquisadora foi treinada para realização dos exames clínicos (BRASIL, 2001a).

O treinamento foi realizado em duas etapas. A primeira etapa foi realizada na Fundação Dr. Thomas, unidade de internação de idosos em diferentes graus de dependência, aonde participaram da calibração apenas os idosos funcionalmente independentes. Nessa instituição foram examinados 10 idosos com alta prevalência de edentulismo. Para o adequado treinamento e estudo de calibração outro local foi utilizado com a finalidade de assegurar maior a ocorrência de diferentes situações clínicas. Assim, a segunda etapa do treinamento foi realizada no Centro de Atenção Integral a Melhor Idade – CAIMI André Araújo, localizado no Bairro da Cidade Nova. Dez idosos que frequentavam esse centro foram examinados, completando portanto a meta pré-determinada de 20 exames. Todos os pacientes, de ambas as instituições, foram re-examinados sete dias após a realização do primeiro exame.

Os dados foram tabulados no program *Excel* para *Windows*, e os resultados foram comparados para análise da variação intra-examinador por meio do percentual de concordância e o Coeficiente Kappa, conforme preconizado no Projeto SB-Brasil. Na concordância exata o Coeficiente Kappa apresenta valor igual a 1,0, valores maiores que 0,8 representam uma boa concordância, de 0,6 a 0,8 a concordância é considerada substancial e, de 0,4 a 0,5 a concordância é considerada moderada (WHO, 1997).

Na presente pesquisa, os percentuais de concordância intra-examinador encontrados segundo a estatística de Kappa foram acima de 0,81 para todas a variáveis do estudo, com exceção do PIP que foi de 0,76. A concordância simples foi acima de 0,86 para todas a variáveis, indicando uma boa concordância (Quadro 4).

VARIÁVEL	CONCORDÂNCIA	ESTATÍSTICA DE KAPPA
CPO-D	0,98	0,97
Necessidade de tratamento	0,99	0,83
Uso de Prótese	1,00	1,00
Necessidade de Prótese	0,86	0,81
CPI	0,97	0,93
PIP	0,88	0,76

Quadro 4 – Teste de kappa e concordância simples para análise de variação intra-examinador

3.7.3 LEVANTAMENTO DOS DADOS

O levantamento dos dados foi realizado nos meses de abril a junho de 2007 por meio de exames clínicos (Anexo 1), realizados segundo a metodologia do Projeto SB-Brasil, e pelo preenchimento dos questionários de caracterização sócio-econômica, acesso aos serviços odontológicos, autopercepção em saúde bucal (Anexo 2) e índice da determinação de saúde bucal geral (Anexo 3).

Os setores sorteados foram visitados segundo a mesma dinâmica utilizada para realização do censo demográfico, ou seja, as quadras foram percorridas, casa a casa, no sentido horário para identificação das residências onde havia a população de interesse. Os exames foram realizados nas próprias residências, com luz artificial (lanterna de testa).

A abordagem inicial foi realizada pela Assistente Social que identificou as casas onde moravam os idosos potencialmente elegíveis. Após o esclarecimento da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 4) e, na sequência, realizou o teste de avaliação da cognição. Esse, seguiu o método descrito por Lima et al (2007), no qual é solicitado ao voluntário citar o máximo de animais que lembrar no prazo de 1 minuto. Os pontos de cortes são de até 9 animais/minuto para quem tem até 8 anos de escolaridade, e 13 animais/minuto para quem têm acima de 8 anos de escolaridade. Esse método, denominado Teste de Fluência Verbal – TFV, categoria animais, avalia a

capacidade de buscar e recuperar dados estabelecidos na memória de longo prazo e a capacidade de organização e de auto-regulação da memória operacional. A realização do teste de cognição foi necessária porque o questionário de auto-percepção e o GOHAI foram preenchidos segundo informações fornecidas pelos próprios idosos referindo-se ao passado recente. Assim, o TFV permitiu a identificação e exclusão de idosos com declínio da memória, favorecendo a uma adequada validade das informações auto-relatadas e, por conseguinte, um adequado desempenho do índice.

Nesta etapa inicial, foram identificados os idosos que não apresentavam condições cognitivas para participar da pesquisa, para estes idosos foi identificada a não realização da coleta de dados por meio registro do código apropriado. Além disso, registrou-se o código referente aos idosos que não aceitaram participar do estudo, possibilitando o cálculo da taxa de não-resposta (Quadro 5).

CÓDIGO	CRITÉRIO	CONDIÇÃO
1	Participante	Correspondeu aos critérios de inclusão definidos para participar da pesquisa
2	Não aceitaram participar do estudo (não-resposta)	Idosos que manifestaram sua intenção de não participar da pesquisa
3	Excluídos no Teste de Cognição	Idosos que, embora tenham concordado em participar da pesquisa, não atingiu o ponto de corte no TFV
4	Excluídos por outros motivos	Idosos, identificados mas que não foram encontrados no domicílio e ou idosos com quadro geral de saúde precário que não tinham condições de responder o TFV.

Quadro 5 – Resumo dos códigos quanto a realização dos exames

3.7.3.1 ENTREVISTA

A entrevista foi realizada por meio da aplicação de questionários com perguntas objetivas e respostas fechadas (Anexos 2 e 3). Antes de iniciar a entrevista foi enfatizado o sigilo das informações e o fato de não existirem respostas certas ou erradas. O inquérito tratou especificamente sobre a caracterização sócio-econômica, acesso aos serviços odontológicos e autopercepção em saúde bucal.

3.7.3.1.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

A caracterização sócio-econômica incluiu perguntas sobre renda própria e familiar (Anexo 2). Estes termos foram considerados segundo o conceito utilizado no projeto SB-Brasil (BRASIL, 2001c), no qual se entende por renda “...*todo e qualquer rendimento auferido pelos membros integrantes da família no mês anterior ao da pesquisa, provenientes de salários, vencimentos, soldos, aluguel e sublocação de imóveis, negócios em sociedade e negócios próprios, pensões e aposentadorias, aluguel de vagas e/ou contribuição de pensionistas, por uso de moradia ou consumo de refeições. Rendimentos de valores e títulos mobiliários, desdobramento e reembolso de capitais, rendas do trabalho de profissões liberais, rendas de autônomos, biscateiros e transferências como pensão e aposentadorias, bolsa de estudos e outros ressarcimentos fazem parte deste conceito*”.

A renda familiar considerou como unidade familiar o conjunto de pessoas que vivem no mesmo domicílio, ligadas ou não por laços de parentesco, a expensas de um mesmo orçamento doméstico, isto é, que reúnem suas rendas e retiram de um fundo comum os recursos para suas despesas. Considerou-se ainda como unidade familiar aquela constituída de uma só pessoa, desde que economicamente independente. Excluíram-se os empregados

domésticos, visitas, pensionistas e os inquilinos que residem no mesmo domicílio (BRASIL, 2001c).

As variáveis pesquisadas foram:

- Número de pessoas: total de pessoas que compõem a unidade familiar no domicílio;
- Escolaridade (anos de estudo): número de anos de estudo do indivíduo examinado. A correspondência é feita de modo que cada série concluída com aprovação seja computada como um ano de estudo;
- Moradia: condição da moradia da unidade familiar;
- Número de cômodos da casa: total de ambientes da moradia, utilizados pelos residentes para suprir as necessidades básicas como repouso, preparação de alimentos, higiene e outros. Garagens foram excluídas deste cálculo.
- Renda familiar: foi anotado a soma dos rendimentos mensais dos componentes da unidade familiar, em reais e sem centavos.
- Renda pessoal: foi anotado o valor renda mensal da pessoa examinada, em reais e sem registro dos centavos;
- Posse de automóvel: Refere-se ao número de veículos automotores que um ou mais membros da unidade familiar possui. Motocicletas não foram consideradas.

3.7.3.1.2 ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:

No Anexo 2 pode-se observar as questões referente ao acesso aos serviços odontológicos que incluem, especificamente, informações sobre a visita ao dentista durante a vida do entrevistado, os motivos que o levaram a procurar o dentista, o tipo de serviço que procurou e como foi o atendimento odontológico (BRASIL, 2001c).

3.7.3.1.3 AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

As questões sobre autopercepção analisaram a forma como o entrevistado classifica sua saúde bucal considerando os aspectos funcional, social e da dor (Anexo 2).

3.7.3.1.4 ÍNDICE DE DETERMINAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL GERAL

Para aplicação deste índice, cada indivíduo respondeu a doze questões que compõem o questionário (Anexo 3), cujas respostas se enquadram em uma das seguintes condições: sempre, às vezes ou nunca, correspondendo respectivamente aos escores 1, 2 e 3. Estes escores foram adaptados por Silva (2001), em estudo realizado em Araraquara, São Paulo, quando fez várias aplicações como pré-teste até obter a codificação e categorização das respostas no formato ora utilizado como modelo.

Os escores correspondentes às respostas foram somados, sendo 36 o valor máximo e 12 o valor mínimo. Nessa escala, os maiores valores indicam melhor autoavaliação e os menores valores correspondem a pior autoavaliação da saúde bucal. Silva et al 2005, citam a classificação de 34 a 36 como um valor considerado alto, 31 a 33 moderado e menor que 30, baixo.

3.7.3.2 EXAME CLÍNICO

Todas as normas de biosegurança foram respeitadas pelos membros da equipe. O exame clínico foi realizado pela cirurgiã dentista, no caso, a própria pesquisadora, que utilizou um espelho bucal plano com cabo nº 5 (Duflex[®]) e uma sonda CPI (Stainless[®]). O instrumental foi esterilizado em pacotes individuais contendo um kit, após sua utilização foram acondicionados em caixa de inox e encaminhados para lavagem, reempacotamento e esterilização.

Para o registro das informações relativas ao exame clínico foi empregada uma ficha clínica e os respectivos códigos dos diferentes índices bucais utilizados conforme os critérios utilizados no Projeto SB-Brasil (BRASIL, 2001c) (Anexo 1).

Os exames foram realizados para estudo das condições de saúde bucal considerando a cárie dentária e a necessidade de tratamento, uso e necessidade de prótese, condição periodontal.

3.7.3.2.1 A CÁRIE DENTÁRIA E A NECESSIDADE DE TRATAMENTO

A cárie dentária e a necessidade de tratamento foram avaliadas com a utilização do índice CPO-D, que permite a contagem total de dentes acometidos pela doença cárie em um indivíduo, considerando a sua condição clínica atual, de acordo com as seguintes categorias: cariado, perdido (extraído) ou obturado. Foram avaliados três aspectos em cada unidade dentária, coroa e raiz, cujas condições foram identificadas de acordo com os códigos definidos no Quadro 6, e necessidade de tratamento, cuja condição foi identificada de acordo com os códigos descritos no Quadro 7 (BRASIL, 2001c).

CÓDIGO		CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES PERMANENTES		
COROA	RAIZ	
0	0	Hígido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado mas com cárie
3	3	Restaurado e sem cárie
4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
5	Não se aplica	Perdido por outras razões
6	Não se aplica	Apresenta selante
7	7	Apoio de ponte ou coroa
8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
T	Não se aplica	Trauma (fratura)
9	9	Dente excluído

Quadro 6 - Resumo dos códigos para cárie dentária (SB-Brasil)

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Pulpar + restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

Quadro 7 - Resumo dos códigos para necessidade de tratamento (SB-Brasil)

3.7.3.2.2 USO E A NECESSIDADE DE PRÓTESE

A situação quanto às próteses dentárias foram avaliadas a partir da informação sobre seu uso e a necessidade nos arcos superior e inferior, tendo como base a presença de espaços protéticos observados durante o exame clínico e cujo código, descritos nos quadros 8 e 9, inerentes a situação observada foram anotados nas caselas correspondentes da ficha clínica (BRASIL, 2001c).

USO DE PRÓTESE				
CÓDIGO	CRITÉRIO	EXEMPLOS		
0	Não usa prótese dentária	Nenhum espaço protético	Desdentado parcial, mas sem prótese presente	Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	Uma ponte fixa posterior	Uma ponte fixa anterior	
2	Usa mais do que uma ponte fixa	Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)		
3	Usa prótese parcial removível	Prótese Parcial Removível		
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	Prótese removível e ponte fixa	Prótese removível e duas pontes fixas	
5	Usa prótese dentária total	Prótese total		
9	Sem informação			

Quadro 8 - Resumo dos códigos para avaliação do uso de prótese (SB-Brasil)

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

Quadro 9 - Resumo dos códigos para avaliação da necessidade de prótese (SB-Brasil)

3.7.3.2.3 CONDIÇÃO PERIODONTAL

As condições periodontais foram avaliadas por meio do Índice Periodontal Comunitário – CPI e Índice de Perda de Inserção Periodontal – PIP. O CPI é empregado para avaliar as condições do periodonto quanto à higidez, sangramento gengival e presença de cálculo dental ou bolsa periodontal. O uso do PIP permite avaliar a condição de inserção periodontal, tomando como parâmetro a junção cimento-esmalte. Este índice permite comparações entre grupos populacionais, sem a intenção de descrever a situação individual (BRASIL, 2001c). Os códigos e critérios correspondentes a situação observada quanto ao índice CPI estão definidas no Quadro 10, enquanto os códigos e critérios correspondentes as observações quanto ao PIP estão definidas no Quadro 11, devendo ser anotado, na ficha clínica, nas caselas correspondentes aos sextantes, o código referente ao maior grau de condição periodontal observado.

CÓDIGO	SEXTANTE
0	Hígido
1	Com sangramento
2	Com cálculo
3	Com bolsa de 4 a 5 mm
4	Com bolsa de 6 mm ou mais
X	Sextante excluído (com menos de 2 dentes presentes)
9	Sextante não examinado

Quadro 10 - Resumo dos códigos para o índice CPI (SB-Brasil)

CÓDIGO	SEXTANTE
0	Perda de inserção entre 0 e 3 mm
1	Perda de inserção entre 4 e 5 mm
2	Perda de inserção entre 6 e 8 mm
3	Perda de inserção entre 9 e 11 mm
4	Perda de inserção de 12 mm ou mais
X	Sextante excluído (com menos de 2 dentes presentes)
9	Sem informação

Quadro 11 - Resumo dos códigos para o índice PIP (SB-Brasil)

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel* e exportados para o software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Na análise descritiva os dados foram apresentados através de média e desvio-padrão para variáveis contínuas e discretas e distribuição de frequência e proporção para variáveis categóricas.

As análises estatísticas bivariadas compreenderam comparações de acordo com as variáveis independentes sexo e autopercepção em saúde bucal. Inicialmente foi verificada a normalidade da distribuição das variáveis numéricas por meio do teste de Kolmogorov-

Smirnov. Na comparação de variáveis numéricas com distribuição não normal foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para a comparação entre os sexos e o teste Kruskal-Wallis para comparar as categorias de autopercepção em saúde bucal. O teste Qui-quadrado foi empregado para a comparação das proporções. A consistência interna dos itens do GOHAI foi avaliada por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach.

4 RESULTADOS

Foram convidados a participar do estudo 810 pessoas de 65 a 74 anos de idade residentes na zona urbana do município de Manaus, capital do Amazonas, Brasil. No entanto, os resultados referem-se a 667 idosos, pois a taxa de não-resposta foi 5,4% (44 idosos), 1,5% (12 idosos) não alcançaram o escore mínimo no teste de cognição e 10,7% (87 pessoas) não apresentaram condições de saúde para a realização do exame.

Variáveis	Total n=667	Masculino n = 206	Feminino n = 461	Valor de p
Idade, média (DP)	69,24 ± 3,02	69,37 ± 3,03	68,18 ± 3,02	0,458*
Grupo étnico, n (%)				0,240**
Amarelo	29 (4,35)	11 (5,30)	18 (3,90)	
Branco	108 (16,19)	28 (13,60)	80 (17,40)	
Indígena	19 (2,85)	8 (3,90)	11 (2,40)	
Pardo	479 (71,81)	153 (74,30)	326 (70,70)	
Negro	32 (4,80)	6 (2,90)	26 (5,60)	
Escolaridade, média (DP)	4,61 ± 3,95	4,73 ± 4,22	4,56 ± 3,83	0,933*
Renda pessoal, média (DP)	711,24 ± 900,63	923,15 ± 1023,90	616,54 ± 823,45	< 0,001*
Renda familiar per capita, média (DP)	1586,27 ± 1505,24	1860,79 ± 1663,22	1463,93 ± 1414,05	< 0,001*
Tipo de Moradia, n (%)				0,391**
Própria	627 (94,00)	196 (95,10)	431 (93,50)	
Em aquisição	1 (0,15)	1 (0,50)	0 (0,00)	
Alugada	32 (4,80)	7 (3,40)	25 (5,40)	
Cedida	5 (0,75)	1 (0,50)	4 (0,90)	
Outros	2 (0,30)	1 (0,50)	1 (0,20)	
Nº de pessoas/cômodos média (DP)	0,97 ± 0,73	1,03 ± 0,64	0,95 ± 0,77	0,369*
Posse de automóvel n (%)				0,158**
Não Possui	496 (74,36)	139 (67,47)	357 (77,44)	
Possui 1	136 (20,39)	51 (24,76)	85 (18,44)	
Possui 2 ou mais	35 (5,25)	16 (7,77)	19 (4,12)	

Tabela 1. Caracterização socio-econômica dos idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus, AM, 2008.

* Valor de *p* refere-se ao teste Mann-Whitney

** Valor de *p* refere-se ao teste Qui-quadrado

Considerando as características sócio-demográficas observou-se que, do total de pessoas examinadas, a maioria foi do sexo feminino, a idade média foi 69,24 (\pm 3,02) e uma escolaridade média de 4,61 (\pm 3,95) anos de estudo, o que corresponde ao ensino fundamental incompleto. A maioria dos idosos declarou-se como pardo, 71,81%, a renda pessoal média foi R\$ 711,24 (\pm 900,63) e R\$ 1.586,27 (\pm 1505,24) foi a média de renda familiar. O tipo de moradia foi, predominantemente, própria, 94,00%, com uma média de 0,97 (\pm 0,73) pessoas por cômodo. Quanto a posse de automóvel, 74,36% dos idosos relataram não possuir. Houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto a renda individual e familiar (Tabela 1).

Na avaliação da condição clínica quanto a cárie dental 52,20% não possuíam nenhum elemento dentário, os demais 47,80% foram considerados dentados por apresentar um ou mais dentes (Tabela 2).

Variáveis	Total n = 667	Sexo		Valor de p*
		Feminino n = 461	Masculino n = 206	
Edentulismo				<0,001
Edentado				
n (%)	348 (52,20)	266 (57,70)	82 (39,80)	
Dentado				
n (%)	319 (47,80)	195 (42,30)	124 (60,20)	

Tabela 2. Distribuição de frequência e percentual de idosos de 65 a 74 anos dentados e edentados segundo o sexo, Manaus, AM, 2008.

*valor de *p* refere-se ao teste Qui-quadrado

O CPO-D encontrado foi 29,0 (\pm 4,3) e na avaliação dos seus componentes evidenciou-se que o ítem perdido representou 95,5% do índice. A média de dentes presentes e hígidos foi apenas 4,12 (\pm 5,65) e 2,83 (\pm 4,10), respectivamente. A diferença entre as médias foi estatisticamente significativa entre em homens e mulheres para edentulismo, CPO-D,

componentes cariados e perdidos, dentes hígidos e dentes presentes (Tabela 3). É importante salientar que a exodontia foi o tipo de tratamento com maior média por pessoa quanto a necessidade de tratamento, seguido pela restauração de uma face e restauração de duas faces, consecutivamente (Tabela 4)

Variáveis	Total n = 667	Sexo		Valor de p*
		Feminino n = 461	Masculino n = 206	
Cariado				< 0,001
Média (DP)	0,58 (1,60)	0,36 (1,16)	1,08 (2,22)	
IC	(0,46 – 0,70)	(0,25 – 0,46)	(0,78 – 1,39)	
%	1,99	1,22	3,85	
Perdido				< 0,001
Média (DP)	27,78(5,81)	28,45 (5,36)	26,28 (6,46)	
IC	(27,34 – 28,22)	(27,96 – 28,94)	(25,38 – 27,17)	
%	95,53	96,34	93,59	
Obturado				0,599
Média (DP)	0,72(2,05)	0,72 (2,10)	0,72 (1,94)	
IC	(0,57 – 0,88)	(0,53 – 0,92)	(0,45 – 0,99)	
%	2,48	2,44	2,56	
CPO-D				< 0,001
Média (DP)	29,08 (4,25)	29,53 (3,90)	28,08 (4,82)	
IC	(28,75 – 29,40)	(29,17 – 29,89)	(27,40 – 28,73)	
%	100	100	100	
Dentes Hígidos				< 0,001
Média (DP)	2,83(4,10)	2,39(3,75)	3,85(4,64)	
IC	(2,52 – 3,15)	(2,04 – 2,73)	(3,20 – 4,49)	

Tabela 03. Distribuição média e percentual das características clínicas segundo o índice CPO-D, seus componentes e dentes hígidos em idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus, AM, 2008.

O valor de p refere-se ao teste de MannWhitney

IC: Intervalo de confiança

DP: desvio-padrão

Variáveis	Total	Sexo	
		Feminino	Masculino
Restauração 1 face n = 101, média (\pm IC)	1,71 (1,49 – 1,93)	1,69 (1,41 – 1,96)	1,74 (1,39 – 2,10)
Restauração 2 ou + faces n = 53, média (IC)	1,47 (1,19 – 1,75)	1,46 (0,99 – 1,94)	1,48 (1,19 – 1,77)
Coroa/Faceta n = 11, média (IC)	0,05 (0,00 – 0,09)	0,05 (0,00 – 0,10)	0,06 (0,00 – 0,14)
T. pulpar + Restauração n = 3, média (IC)	0,01 (0,00 – 0,02)	0,00 (0,00 – 0,01)	0,02 (0,00 – 0,05)
Exodontia n = 84, média (IC)	2,29 (1,84 – 2,74)	2,03 (1,58 – 2,47)	2,47 (1,75 – 3,19)

Tabela 4. Necessidade de tratamento odontológico segundo o sexo em idosos de 65 a 74 anos, Manaus, AM, 2008.

O uso de prótese foi mais frequente na arcada superior (87,71%) que na inferior (52,92), evidência corroborada pela maior necessidade de prótese no arco inferior (67,92%). Estratificando segundo os tipos de prótese, a maior frequência quanto ao uso foi a prótese total para os dois arcos, 79,16% e 36,73%, respectivamente. A maior necessidade de prótese para o arco superior também foi a prótese total, 42,88%, no entanto, para o arco inferior a necessidade de prótese parcial removível foi mais frequente com um percentual de 33,01% (Tabelas 5 e 6).

Condições Protéticas	Arco Superior		Arco Inferior	
	n	%	n	%
Não usa prótese	82	12,29	314	47,08
Usa uma Prótese Fixa	1	0,15	-	-
Usa mais que uma Prótese Fixa	1	0,15	-	-
Usa Prótese Parcial Removível	52	7,80	108	16,19
Usa uma ou + fixas ou removíveis	3	0,45	-	-
Usa Prótese Total	528	79,16	245	36,73
Total	667	100	667	100

Tabela 5. Frequência e percentual das condições protéticas para os arcos superior e inferior em idosos de 65 a 74 anos, Manaus, AM, 2008.

Necessidade Protética	Arco Superior		Arco Inferior	
	n	%	n	%
Não necessita	306	45,88	214	32,08
Necessita de uma Prótese Fixa ou removível para substituição de um elemento	1	0,15	3	0,44
Necessita de uma Prótese Fixa ou removível para substituição de mais de um elemento	72	10,79	225	33,73
Necessita de uma combinação de próteses Fixa ou Removível	2	0,30	5	0,74
Necessita de Prótese total	286	42,88	220	33,01
Total	667	100	667	100

Tabela 6. Frequência e percentual da necessidade protética para os arcos superior e inferior em idosos de 65 a 74 anos, Manaus, AM, 2008.

CPI	Total n = 667	Sexo		Valor de p*
		Feminino n = 461	Masculino n = 206	
Sextante excluído				< 0,001
N (%)	3428 (85,66)	2439 (88,18)	989 (80,02)	
Média (DP)	5,24 (\pm 1,14)	5,36 (\pm 1,06)	4,97 (\pm 1,27)	
Sadio				0,812
N (%)	321 (8,02)	197 (7,12)	124 (10,03)	
Média (DP)	1,83 (\pm 1,26)	1,79 (\pm 1,24)	1,91 (\pm 1,32)	
Sangramento				0,500
N (%)	4 (0,10)	1 (0,04)	3 (0,24)	
Média (DP)	1,33 (\pm 0,57)	1,00 (\pm 0,00)	1,50 (\pm 0,71)	
Cálculo				0,012
N (%)	229 (5,72)	116 (4,19)	113 (9,14)	
Média (DP)	1,24 (\pm 0,61)	1,14 (\pm 0,67)	1,36 (\pm 0,73)	
Bolsa de 4 a 5 mm				0,768
N (%)	19 (0,48)	13 (0,47)	6 (0,48)	
Média (DP)	1,27 (\pm 0,46)	1,30 (\pm 0,48)	1,20 (\pm 0,45)	
Bolsa de 6 mm e mais				
N (%)	1 (0,02)	0 (0,00)	1 (0,08)	
Média	-	-	-	
Total, n (%)	574 (100)	327 (100)	247 (100)	

Tabela 7. Frequência e média de sextantes segundo o maior grau de condição periodontal de acordo com o Índice Periodontal Comunitário em idosos de 65 a 74 anos por sexo. Manaus, AM, 2008.

*O valor de p refere-se a comparação das médias através do teste de Mann-Whitney

Para avaliação da condição periodontal foram realizadas observações em 578 sextantes de um total de 4002, ou seja, aproximadamente 85,66% dos sextantes foram classificados como excluídos. Considerando os sextantes acometidos por algum agravo, a condição periodontal de maior ocorrência foi a presença de cálculo, com 4,19% para o sexo feminino e 9,14% dos sextantes para o sexo masculino (Tabela 7) As categorias de condição periodontal que apresentaram diferença estatística entre homens e mulheres ($p < 0,001$) foi a média de sextantes excluídos e a presença de cálculo. Quanto ao PIP, 7,95% dos idosos apresentaram perda de inserção periodontal de 0 a 3mm e 6,39 acima de 3 mm (Tabela 8).

PIP	Total	Sexo		Valor de p*
		Feminino	Masculino	
Sextante excluído				< 0,001
n (%)	3428 (85,66)	2439 (91,32)	989 (79,82)	
Média (DP)	5,24 (\pm 1,14)	5,36 (\pm 1,06)	4,97 (\pm 1,27)	
Entre 0 e 3 mm				0,471
n (%)	318 (7,95)	195 (5,18)	123 (10,17)	
Média (DP)	1,85 (\pm 1,35)	1,81 (\pm 1,34)	1,92 (\pm 1,38)	
Entre 4 e 5 mm				0,074
n (%)	119 (2,97)	63 (1,67)	56 (4,52)	
Média (DP)	1,19 (\pm 0,58)	1,11 (\pm 0,45)	1,30 (\pm 0,71)	
Entre 6 e 8 mm				0,790
n (%)	101 (2,52)	49 (1,30)	52 (4,20)	
Média (DP)	1,22 (\pm 0,44)	1,20 (\pm 0,40)	1,24 (\pm 0,48)	
Entre 9 e 11 mm				0,664
n (%)	31 (0,77)	17 (0,45)	14 (1,13)	
Média (DP)	1,11 (\pm 0,21)	1,06 (\pm 0,25)	1,17 (\pm 0,38)	
12 mm ou mais				1,000
n (%)	5 (0,13)	3 (0,08)	2 (0,16)	
Média (DP)	1 (0,00)	1 (0,00)	1 (0,00)	
Total	574 (100)	327 (100)	247 (100)	

Tabela 8. Frequência e média de sextantes segundo o maior grau de perda de inserção periodontal - PIP em idosos de 65 a 74 por o sexo, em Manaus, AM, 2008.

*O valor de p refere-se a comparação das médias através do teste de Mann-Whitney

A Tabela 9 apresenta as frequências absolutas e relativas das variáveis quanto ao acesso aos serviços odontológicos e demonstra que apenas um idoso referiu jamais ter ido alguma vez na vida ao dentista. A maioria, 60,90%, relatou que a última vez que procurou o dentista foi há 3 anos ou mais, e 24,66% relataram ter ido ao dentista há menos de um ano. O tipo de serviço utilizado com maior frequência foi o privado liberal, 61,26%, seguido pelo serviço público com praticamente a metade desse percentual e, finalmente, com uma utilização muito baixa, 7,36%, os serviços conveniados. O serviço odontológico procurado com maior frequência, 60,06%, teve como motivo a consulta de rotina e 89,50% entrevistados avaliaram o serviço como bom ou ótimo, ou seja, foi eminentemente positiva. Não houve diferença estatística significativa entre os sexos.

Variáveis	Total n=663	Masculino n = 206	Feminino n = 457	Valor de p *
Uso de serviço odontológico				
Sim	666 (99,90)	205 (99,50)	461 (100,00)	0,134
Não	1 (0,10)	1 (0,50)	-	
Última visita ao dentista				0,670
Menos de 1 ano	164 (24,66)	46 (22,44)	118 (25,65)	
De 1 a 2 anos	96 (14,44)	30 (14,63)	66 (14,35)	
3 anos ou mais anos	405 (60,90)	129 (62,93)	276 (60,00)	
Tipo de serviço odont. Utilizado				0,820
Público/filantrópico	209 (31,38)	61 (29,76)	148 (32,10)	
Privado liberal	408 (61,26)	128 (62,44)	280 (60,74)	
Privado conveniado	49 (7,36)	16 (7,80)	33 (7,16)	
Motivo de visita ao dentista				0,039
Manutenção	400 (60,06)	107 (52,20)	293 (63,56)	
Dor	132 (19,82)	50 (24,39)	82 (17,79)	
Sangramento, cavidade nos dentes ou carços	107 (16,07)	40 (19,51)	67 (14,53)	
Outros	27 (4,05)	8 (3,9)	19 (4,12)	
Avaliação do atendimento				0,648
Bom/Ótimo	605 (89,50)	188 (91,71)	417 (90,46)	
Regular	42 (6,21)	13 (6,34)	29 (6,29)	
Ruim/Péssimo	29 (4,29)	4 (1,95)	15 (3,25)	

Tabela 9. Acesso aos serviços odontológicos por idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus, AM, 2008.

*Valor de p refere-se ao teste Qui-quadrado

No que se refere a auto-avaliação, 72,39% dos idosos avaliaram positivamente a sua saúde bucal e apenas 10,26% a avaliaram como ruim/péssima. Essa frequência de avaliação positiva permaneceu para a aparência dos dentes e gengiva, classificação quanto a mastigação e quanto a fala, com um percentual de classificação entre bom/ótimo de 66,31 a 75,79% dos idosos. Nesse contexto, 86,51% dos idosos relataram que sua saúde bucal não afeta sua relação com outras pessoas (Tabela 10).

Variáveis	Total n=663	Masculino n = 206	Feminino n = 457	Valor de p*
Como classifica sua saúde bucal				0,023
Bom/Ótimo	480 (72,39)	137 (66,51)	343 (75,06)	
Regular	115 (17,35)	48 (23,30)	67 (14,66)	
Ruim/Péssimo	68 (10,26)	21 (10,19)	47 (10,28)	
Como classifica a aparência dos dentes e gengiva				0,071
Bom/Ótimo	437(66,31)	123(60,29)	314(69,01)	
Regular	108(16,39)	37(18,14)	71(15,60)	
Ruim/Péssimo	114(17,30)	44(21,57)	70(15,39)	
Como classifica sua mastigação				0,113
Bom/Ótimo	480 (72,51)	143 (70,44)	337 (73,42)	
Regular	103 (15,56)	28 (13,79)	75 (16,34)	
Ruim/Péssimo	79 (11,93)	32 (15,77)	47 (10,24)	
Como classifica sua fala devido aos dentes e gengiva				0,184
Bom/Ótimo	501 (75,79)	146 (71,22)	355 (77,85)	
Regular	114 (17,25)	42 (20,49)	72 (15,79)	
Ruim/Péssimo	46 (7,96)	17 (8,29)	29 (6,36)	
De que forma sua saúde bucal afeta o relacionamento com outras pessoas				0,026
Não sabe	29 (4,35)	12 (5,83)	17 (3,69)	
Não afeta	577 (86,51)	166 (80,58)	411 (89,15)	
Afeta pouco	16 (2,39)	9 (4,37)	7 (1,52)	
Afeta mais ou menos	30 (4,50)	14 (6,79)	16 (3,47)	
Afeta muito	15 (2,25)	5 (2,43)	10 (2,17)	

Tabela 10. Auto-percepção da saúde bucal por idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus, AM,2008.

*Valor de p refere-se ao teste Qui-quadrado

A avaliação da saúde bucal com base nos aspectos psicológicos-sociais, físicos e da dor foi aferida por meio do GOHAI. O coeficiente alpha de Crombach do instrumento GOHAI foi 0,718. A maioria dos idosos apresentou uma elevada autoavaliação da saúde

bucal, com um escore total igual ou maior que 34 para 67,12% dos idosos, seguido por 21,77% de avaliações com conceito moderado e apenas 11,11% apresentaram avaliação negativa (Tabela 11).

Escore	Total n=666	Masculino n = 206	Feminino n = 660	Valor de p*
GOHAI				0,851
Baixo (escore de 12 a 30) n (%)	74 (11,11)	25 (12,14)	49 (10,65)	
Moderado (escore de 31 a 33) n (%)	145 (21,77)	44 (21,36)	101 (22,96)	
Alto (escore de 34 a 36) n (%)	447 (67,12)	137 (66,50)	310 (67,39)	

Tabela 11. Frequência e percentual do escore GOHAI em idosos de 65 a 74 anos segundo o sexo, Manaus, AM, 2008.

*Valor de p refere-se ao teste Qui-quadrado

Na Tabela 12 podemos observar que classificaram positivamente a saúde bucal os idosos com menor média de dentes presentes (3,1) e hígidos (2,2). Quanto a cárie, classificaram positivamente os idosos que apresentaram menor média de dentes cariados (0,4), maior média de dentes perdidos (28,8) e CPO-D (29,1). Os dentes obturados não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as categorias de autoclassificação da saúde bucal.

Quanto a condição periodontal, a autoclassificação positiva ocorreu entre idosos com maior média de sextantes excluídos (5,4) e menor média de sextantes hígidos (0,4). A pior autoclassificação ocorreu quanto maior a média de sextantes com presença de cálculo (0,7), com sangramento (0,04) e com bolsas periodontais de 4 a 5 mm (0,09). A média de sextantes hígido, presentes e com presença de cálculo relacionado a autoclassificação da saúde bucal foram estatisticamente diferentes entre as categorias de autoclassificação da saúde bucal (Tabela 12).

Variáveis	Total n=663	Boa/ótima n=480	Regular n=115	Ruim/péssima N=68	Valor de p*
Dentes presentes, média (DP)	4,1 (± 5,7)	3,1 (± 5,1)	6,4 (± 6,3)	7,4 (± 5,9)	< 0,001
Dentes hígidos, média (DP)	2,8 (± 4,1)	2,2 (± 3,8)	4,2 (± 4,2)	5,2 (± 4,7)	< 0,001
Ataque à cárie CPO-D, média (DP)	29,1 (± 4,3)	29,7 (± 4,0)	27,7 (± 4,4)	26,8 (± 4,8)	< 0,001
Dentes cariados, média (DP)	0,6 (± 1,6)	0,4 (± 1,1)	1,0 (± 2,2)	1,6 (± 2,5)	< 0,001
Dentes perdidos, média (DP)	27,8 (± 5,8)	28,8 (± 5,3)	25,5 (± 6,4)	24,5 (± 6,0)	< 0,001
Dentes obturados, média (DP)	0,7 (± 2,1)	0,6 (± 1,8)	1,3 (± 3,0)	0,7 (± 1,4)	0,060
Condição Periodontal					
Sextantes hígidos, média (DP)	0,5 (± 1,0)	0,4 (± 0,9)	0,8 (± 1,3)	0,9 (± 1,1)	< 0,001
Sextantes excluídos, média (DP)	5,1 (± 1,4)	5,4 (± 1,2)	4,6 (± 1,6)	4,3 (± 1,7)	< 0,001
Sextantes com sangramento, média (DP)	0,01 (± 0,1)	0,00 (± 0,0)	0,01 (± 0,1)	0,04 (± 0,3)	0,003
Sextantes com cálculo, média (DP)	0,3 (± 0,6)	0,3 (± 0,6)	0,5 (± 0,8)	0,7 (± 0,8)	< 0,001
Sextantes com bolsas de 4 a 5 mm, média (DP)	0,03 (± 0,2)	0,02 (± 0,1)	0,04 (± 0,2)	0,09 (± 0,4)	0,043
Sextantes com bolsas ≥ 6 mm média (d.p.)	0,00 ± 0,1	0,00 ± 0,1	0,00 ± 0,0	0,00 ± 0,00	0,683

Tabela 12. Análise bivariada entre características clínicas bucais de cárie e condição periodontal e autoclassificação da saúde bucal em idosos de 65 a 74 anos, Manaus, AM, 2008.
*Valor de p refere-se ao teste Kruskal-Wallis

A Tabela 13 apresenta a relação entre o uso e necessidade de prótese com a autoclassificação em saúde. Evidenciou-se uma classificação positiva para os idosos que fazem uso de prótese, tanto para o arco inferior como superior, 75,56% e 75,67%, respectivamente. Essa ocorrência se repete para os idosos que necessitam de prótese, porém com percentuais mais baixos, 66,48% e 67,33% para os arcos superior e inferior, respectivamente. Entre os edêntulos, 84,01% classificaram positivamente sua saúde bucal, 12,50% classificaram como regular e apenas 3,49% como ruim e péssima. Para os idosos dentados, apenas 58,23% classificaram sua saúde bucal como boa ou ótima. Com exceção dos idosos dentados, as demais

comparações foram estatisticamente diferentes entre as categorias de autoclassificação da saúde bucal.

Variáveis	Total n=663	Boa/ótima n=480	Regular n=115	Ruim/péssima n=68	Valor de p*
Uso de Prótese Superior, n (%)	581 (100)	439 (75,56)	90 (15,49)	52 (8,95)	< 0,001
Uso de Prótese Inferior, n (%)	350 (100)	227 (75,67)	51 (14,17)	22 (7,33)	< 0,001
Necessidade de Prótese Superior, n (%)	358 (100)	238 (66,48)	78 (21,79)	42 (11,73)	< 0,001
Necessidade de Prótese Inferior, n (%)	450 (100)	303 (67,33)	90 (20,00)	57 (12,67)	<0,001
Edentado, n(%)	335 (100)	289 (84,01)	43 (12,50)	12 (3,49)	< 0,001
Dentado, n(%)	328 (100)	191 (58,23)	81 (24,70)	56 (17,07)	0,495

Tabela 13. Análise bivariada entre variáveis de uso e necessidade de prótese, edentulismo e autoclassificação de saúde bucal em idosos de 65 a 74 anos, Manaus,AM,2008.

* Valor de *P* refere-se ao teste Qui-quadrado

5 DISCUSSÃO

As inferências do presente estudo são representativas para a população idosa de 65 a 74 anos residentes da zona urbana do município de Manaus. O fato de ser uma pesquisa de base populacional e da amostra ter sido selecionada de forma aleatória, com base na do Projeto SB-Brasil nos permite fazer comparações com os resultados desse estudo, tomando como referência os dados da Região Norte (BRASIL, 2005).

Estudos locais em outras regiões do país, principalmente aquelas provenientes de amostras não probabilísticas não permitem uma análise detalhada das condições de saúde, nem inferências para a população geral, porém, apesar dessas limitações, esses estudos serão utilizados para comparações na busca de melhor entendimento dos principais problemas bucais, seu comportamento ao longo da vida e suas consequências nas idades mais avançadas.

Considerando o conceito de saúde contemporâneo e a legislação brasileira que determina como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, a renda, o acesso a bens e serviços, a educação entre outros (BRASIL, 1990) considerou-se importante a caracterização sócio-econômica da população estudada. Nesse contexto, na amostra estudada, o percentual de mulheres (69,12%) foi bem maior que o de homens (30,88%), característica de ocorrência comum em outros estudos epidemiológicos em saúde bucal (SILVA, 2001; SILVA, 2004; COLUSSI, FREITAS E CALVO, 2004; MESAS, ANDRADE E CABRERA, 2006) e também observado no SB-Brasil (BRASIL, 2005), cuja amostra para a região Norte foi de 59,12% de mulheres e 40,88% de homens. Essa distribuição segue uma tendência da distribuição populacional, pois a população urbana de pessoas com 65 a 74 anos em Manaus é composta por 56,46% de mulheres (IBGE,2000).

A etnia de maior frequência foi a cor da pele parda com 71,81% e, seguindo numa sequência decrescente, brancos com 16,81%, negros com 4,80%, amarelos com 4,35% e indígenas com 2,85%. Embora, com percentuais diferentes dos resultados do SB-Brasil (2005) os quantitativos proporcionais das categorias foram semelhantes.

A média de anos de estudo (4,61) para os idosos residentes na zona urbana do município de Manaus foi maior que a média para a região Norte (2,16), e o percentual de idosos que referiu não ter estudado foi bem menor em Manaus (19,34%) que o percentual da Região Norte (41,55%) segundo os dados do SB-Brasil (BRASIL, 2005).

Quanto a posse de automóvel, um indicador indireto de renda, 74,36% dos idosos em Manaus referiram não possuir automóveis e 20,39% referiram possuir um automóvel. Os dados para a Região Norte segundo o SB-Brasil (2005) apresentam um percentual de 94,24% sem automóvel e 5,3% com um automóvel. O tipo de moradia seguiu a mesma tendência, apresentando percentuais mais altos para Manaus quanto a casa própria (94%), enquanto a região Norte apresentou um percentual de 88,74%. A média de pessoas por cômodo foi bastante semelhante entre Manaus e Região Norte, 0,97 e 1,00, respectivamente. Nesse contexto, considerando as variáveis priorizadas no Projeto SB-Brasil (BRASIL, 2005) para avaliação sócio-econômica, Manaus tem uma situação mais favorável que a média da Região Norte.

Os resultados encontrados, referente aos aspectos clínicos bucais, revelaram que 52,29% dos idosos são edentados e que, proporcionalmente, o sexo feminino têm maior percentual de edentulismo, ou seja, 60,20% dos homens possuem pelo menos um dente e apenas 42,20% das mulheres tem a mesma condição. Todos os idosos apresentaram alguma

experiência de cárie, e o CPO-D médio encontrado foi de 29,08 com uma participação de 95,53% do componente perdidos, 2,48% obturados e 1,99% cariados.

Comparando os dados de prevalência da cárie com os dados do SB-Brasil (BRASIL, 2005) foi identificado que, em Manaus, a média do CPO-D (29,08) e de dentes perdidos (27,78) foram maiores que as médias da Região Norte (28,34 e 26,38, respectivamente) e a nacional (27,79 e 25,83, respectivamente). No entanto, a média de dentes obturados (0,72) foi maior que a média para a Região Norte (0,17), e praticamente igual a média nacional (0,73). Em relação aos dentes cariados, a região Norte apresentou uma média de 1,77, a média nacional foi de 1,17, enquanto em Manaus foi encontrada uma média de apenas 0,58. Os resultados reforçam que as médias mascaram as diferenças regionais.

Com referência aos estudos loco-regionais realizados no Brasil, em um estudo de base populacional realizado por Colussi et al (2004) a média do CPO-D em idosos foi 28,9, valor aproximado ao de Manaus. No entanto o percentual de dentes perdidos foi bem menor, 26,6%, enquanto em Manaus foi 27,78%. Estudos com idosos institucionalizados referem um CPO-D que variou de 27,7 a 31,9 (COLUSSI e FREITAS E CALVO, 2002; SILVA, SOUZA E WADA, 2004; REIS et al, 2005; CARNEIRO et al, 2005; GAIÃO et al, 2005; MESAS, ANDRADE E CABRERA, 2006) com uma participação percentual de dentes perdidos de 85,9% a 96,3%.

Os resultados dos índices que medem a prevalência da cárie dental em Manaus não foram muito diferentes das demais regiões do país. Entretanto, é importante salientar que a meta estabelecida pela OMS, para o ano de 2010, é de no máximo de 5% de desdentados e 96% das pessoas com no mínimo 20 dentes (OPAS, 2006). Os percentuais encontrados foram

52,20% de edentulismo, idosos sem nenhum elemento dentário, e somente 3,00% dos indivíduos com 20 ou mais elementos dentários presentes.

Num contexto de maior prevalência de cárie dental em Manaus, observou-se que tanto as médias dos componentes do CPO-D quanto a necessidade de tratamento foram maiores para quase todas as categorias (restauração de uma face, 1,71; restauração de duas faces, 1,47; Coroa/faceta, 0,05, e exodontia, 2,29), quando comparado a Região Norte (restauração de uma face, 0,63; restauração de duas faces, 0,28; Coroa/faceta, 0,01, e exodontia, 1,01). A exceção foi o tratamento pulpar (0,01 e 0,05), cuja situação se inverteu, o que pode ser explicado pelo alto índice de elementos perdidos e, praticamente, a metade dos dentes presentes estar com indicação para exodontia.

O percentual de idosos que não usam próteses, nos arcos superior (12,29%) e inferior (47,08%), foi bem mais baixo que o apresentado pelo SB-Brasil (2005) para a Região Norte, 41,26% para o arco superior e 64,25% para o arco inferior. Quando comparado com estudos loco-regionais brasileiros (COLUSSI, FREITAS e CALVO, 2004; REIS et al, 2005;) essa tendência se mantém tanto para o arco superior como para o arco inferior, ou seja, o percentual de idosos que não usam próteses foi menor em Manaus. Nesse contexto, 45,88% e 32,08% dos idosos não necessitam de prótese nos arcos superior e inferior, respectivamente, evidenciando que a necessidade de prótese também foi menor em Manaus em relação a Região Norte (SB-Brasil, 2005) cujo percentual foi de 61,64%, superior, e 37,38%, inferior.

A prótese total, foi o tipo de prótese que apresentou maior percentual de uso para ambos os arcos (79,16%, superior e 36,73%, inferior), assim como, para a necessidade de prótese no arco superior (42,88%). No entanto, quanto a necessidade para o arco inferior, embora com uma diferença discreta em relação a prótese total (33,01%), o maior percentual

foi para necessidade de prótese parcial (33,73%), dado diferencial em relação aos demais estudos que apresentam maior percentual para prótese total (COLUSSI, FREITAS e CALVO, 2004, REIS et al, 2005; BRASIL, 2005).

Sobre a condição periodontal, observou-se, por meio do CPI, uma maioria de sextantes excluídos (85,66%) e 8,02% de sextantes sadios. Os demais sextantes apresentaram, em ordem decrescente de ocorrência, cálculo (5,72%), bolsa de 4 a 5 mm (0,48%), sangramento (0,10%) e bolsa de 6 mm ou mais (0,02%). O SB-Brasil (BRASIL, 2005) apresentou um percentual 83,67% sextantes excluídos, 4,83% sextantes sadios, cálculo (7,67%), bolsa de 4 a 5 mm (2,00%), sangramento (1,00%) e bolsa de 6 mm ou mais (0,83%). Assim, Manaus, apresenta um percentual um pouco maior de sextantes excluídos, porém, proporcionalmente, apresentou mais sextantes sadios e melhores condições clínicas quanto a necessidade de tratamento periodontal.

Praticamente todos os idosos relataram ter ido ao dentista pelo menos uma vez na vida. O principal motivo relacionado a procura pelo atendimento foi a consulta de rotina, reparos e manutenção, investigados como uma única variável, e relatado por um percentual de 60,06% dos indivíduos. O segundo motivo mais recorrente foi a dor, com um percentual de 19,82% e cavidade nos dentes (16,07%). O tipo de serviço mais procurado foi sistema privado liberal (61,26%), seguido pelo sistema público/filantrópico (31,38%). Inversamente, ao que ocorreu em Manaus, o SB-Brasil (BRASIL, 2005) evidenciou para a Região Norte como principal motivo da procura pelo dentista, a dor (57,33%), seguido pela cavidade nos dentes (11,65%) e, somente em terceiro lugar apareceu a consulta de rotina, reparos e manutenção (9,21%). Com a mesma tendência de inversão em relação ao que foi observado em Manaus, o serviço mais procurado foi o público/filantrópico (48,86%) e o privado/liberal (30,07%). Essa diferença marcante pode estar associada a maior prevalência de edentulismo e

maior percentual de uso de prótese, gerando como motivo da procura pelo dentista a manutenção das mesmas e o uso do serviço privado/liberal, pois até um passado muito recente o serviço público não oferecia tratamento reabilitador em saúde bucal.

A percepção auto-referida pelos idosos residentes em Manaus foi eminentemente positiva, tanto a classificação geral da saúde bucal quanto aos aspectos físicos/funcionais da mastigação e da fala apresentaram percentuais acima de 72%. Apenas a classificação quanto a aparência dos dentes e gengiva teve um percentual um pouco menor (66,31%). No entanto, ainda representou a maioria dos indivíduos que classificaram sua saúde bucal como boa e ótima. A frequência nacional de autopercepção, quanto à classificação da saúde bucal, da mastigação e da fala, descrita no SB-Brasil variou de 48% a 59% e 45,24% para aparência dos dentes e gengiva. Assim, embora em percentuais menores, seguiu a mesma tendência quanto a percepção positiva da própria saúde bucal e quanto aos aspectos da mastigação, fala e aparência. O GOHAI, que avalia a percepção dos idosos sobre a saúde bucal a partir dos relatos sobre os impactos nas funções psicossociais, físicas/funcionais e da dor corrobora os resultados apresentados pela autopercepção e apresentou um percentual de 67,12% dos indivíduos com uma avaliação positiva.

Estudos que abordaram a autopercepção em saúde bucal (SILVA e CASTELLANO FERNANDES, 2001; SILVA,SOUZA E WADA, 2005; MATOS E COSTA LIMA, 2006; BULGARELI, 2007) referiram que idosos edêntulos avaliaram melhor sua condição de saúde bucal. Os percentuais de autopercepção observados neste estudo foram acima da média nacional, evidenciando que os idosos que perceberam sua condição de saúde bucal como favorável pode estar associada ao maior maior percentual de edentulismo, cujos percentuais também foram acima da média nacional.

A associação entre os aspectos clínicos e a condição periodontal, agrupados segundo a autoclassificação em saúde bucal, corrobora a evidência acima referida, pois de uma forma geral observou-se que quanto menor a média de dentes presentes melhor a autoclassificação. E, quanto maior a média do CPO-D e a média de dentes perdidos melhor a autoclassificação, salientando que o componente que mais influenciou o valor do CPO-D foi exatamente o número de dentes perdidos. A presença de morbidade, tanto para cárie dental quanto para as condições do periodonto foram diretamente proporcionais a qualificação da saúde bucal como ruim e péssima.

O uso e necessidade de prótese relacionado a autoclassificação em saúde evidenciou uma tendência a classificação positiva. No entanto, os idosos com necessidade de prótese apresentaram percentuais menores para classificação positiva, mas ainda com uma maioria de avaliação como boa e ótima. Em princípio, o que poderia ser considerado como uma incoerência pode estar sob a influência dos idosos que usam próteses com indicação para substituição. Houve casos em que a prótese em uso foi a única na vida e mesmo assim, os idosos se declararam satisfeitos com as mesmas, não demonstrando intenção de substituí-las.

Esta pesquisa teve como premissa produzir informações para fundamentar estratégias de ações direcionadas para a melhoria da saúde para a população de idosos. Foi possível evidenciar a precariedade da condição de saúde bucal dessa população e sugere-se portanto, a necessidade preeminente de atenção à saúde bucal dos idosos em Manaus-AM, especialmente para ações que reduzam o edentulismo.

6 CONCLUSÃO

Tratando-se de uma pesquisa de base populacional, o primeiro representativo para os idosos da capital do Amazonas, o estudo relata de forma sistemática a epidemiologia dos principais agravos e autopercepção em saúde bucal. Os dados evidenciam um CPO-D de valor muito elevado e sob grande influência do componente perdido, fator que determina alto percentual de edentados na população e revela quão distantes ainda estamos de alcançar a meta estabelecida pela OMS para o ano 2010.

Os dados subjetivos apresentaram associação positiva com um menor número de dentes presentes e avaliação positiva da situação de saúde bucal enquanto os aspectos clínicos evidenciaram uma alta prevalência de cárie e edentulismo, ou seja, o resultado das análises subjetivas e clínicas não foram concordantes. Considerando as tendências demográficas e a situação clínica encontrada é fundamental salientar a necessidade de priorização deste grupo etário nas políticas públicas e alertar para a necessidade de reorientação das práticas da atenção a saúde bucal, considerando o caráter temporal para possibilitar a manutenção das estruturas dentárias nas idades mais avançadas, ou seja, os investimentos/intervenções devem ser operacionalizados ao longo da vida e não apenas na velhice, observando o caráter das negatividades como resultado de um processo e não exclusivamente da idade cronológica. Esses investimentos permitirão a otimização de recursos para a execução de atividades que resultem em uma melhora efetiva das condições de saúde bucal, principalmente no que se refere a possibilitar um menor percentual de edentulismo mantendo a possibilidade de uma avaliação positiva quanto a saúde bucal, dado o contexto da universalidade e integralidade, princípios fundamentais do sistema de saúde brasileiro e, ainda, os aspectos determinantes e condicionantes da saúde, citados anteriormente como determinações legais.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, S.S.C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.10, n.19, p.203-216. Botucatu, jan./jun. 2006
- ATCHISON, KA; DOLAN, TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. Journal of Dental Education, v.54, n.11, p.680-687,1990.
- BRASIL. LEI 8.080, de 18 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Legislação Federal.
- _____. Ministério da Saúde. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL: Brasil, zona urbana, 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília,1988.
- _____. _____. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: 1º etapa cárie dental:projeto. Brasília,1996.
- _____. _____. Manual de Calibração de Examinadores. Projeto SB2000 Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000. Brasília,2001a.
- _____. _____. Manual do Coordenador Projeto SB2000 Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000. Brasília,2001b.
- _____. _____. Manual do Examinador Projeto SB2000 Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000. Brasília. 2001c.
- _____. _____. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso. Guia Operacional e Portarias Seleccionadas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Editora MS. Brasília, 2002.
- _____. _____. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 – 2003 Resultados Principais. Série C. Projetos, Programas e relatórios. 1º Edição. Editora MS. Brasília, 2005.
- _____. _____. DATASUS. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 Cárie Dental. Ministério da Saúde. Informações em Saúde. Brasília. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 27 de novembro de 2006a.
- _____. _____. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. 2006b.
- _____. IBGE. Censo Demográfico 2000. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 de março de 2006c.
- BULGARELLI,A.F.; MANÇO, A.R.X. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1165-1174, jul./ago.2008.
- CARNEIRO,R.M.V. et al. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. Cadernos de Saúde Pública,Rio de Janeiro,v.21,n.6,p.1709-1716, nov./dez.2005.
- COLUSSI,C.F.; FREITAS,S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cadernos de Saúde Pública,Rio de Janeiro,v.18,n.5, p1313-1320,set./out 2002.
- COLUSSI,C.F.; FREITAS,S.F.T; CALVO,M.C.M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. Revista Brasileira de Epidemiologia,São Paulo,v.7,n.1, p.88-97,mar.2004.
- COSTA,J.F.R., CHAGAS, L.D.; SILVESTRE,R.M.(orgs.). A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica.Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde,2006.70 p.

DOLAN, T.A.; PEEK, C.W.; STUCK, A.E.; BECK, J.C. Three-year Changes in Global Oral Health Rating By Dentale Adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Adelaide, v.26, p.62-69, 1998

DUARTE, L.R.S. Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v.2, p.35-47, 1999.

GAIÃO, L.R.; ALMEIDA, M.E.L.; 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. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.3, p.316-323, set. 2005.

HASSEL, A.J.; HOLCO, C.; KOKE, U.; LEISSEN, J.; RAMMELSBERG, P. A German version of the GOHAI. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Adelaide, v.36, p.34-42, 2008

HELFT, M.W. et al. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Adelaide, v.31, n.5, p.351-360, out.2003.

HEREDIA, O.C. Características Demográficas da Terceira Idade na América Latina e no Brasil. *Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v.2, p.7-21, 1999.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. In: SILVA, S.R.C.; CASTELLANOS FERNANDES, R.A. Autopercepção das Condições Bucais por Idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.4, p.349-355, ago.2001.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. Saúde, Bem Estar e Envelhecimento – O estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.2, p.127-141, jun.2005.

LIMA, S.A.; FERNANDES, N.; SANTOS, F.R.; BASTOS, M.G. Função Cognitiva e Depressão em uma Coorte de Pacientes Submetidos a Diálise Peritoneal, Avaliada pelo Mini-mental (MEEM) e BDI – Devemos incluí-los na Memória!. *Jornal Brasileiro Nefrologia*. São Paulo, v.29, n.4, p.252-257, dez.2007

LOCKER, D.; CLARKE, M.; PAYNE, B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *Journal of Dental Research*, Michigan, v.79, n.4, p.970-975, abr.2000.

LOCKER, D.; MATEAR, D.; STEPHENS, M.; PAYNE, B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Adelaide, v.29, p.373-381, 2001.

LOCKER, D.; GIBSON, B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Adelaide, v.33, p.280-288, 2005.

MANAUS. LEI Nº 283, de 12 de abril de 1995. Dispõe sobre o redimensionamento das regiões administrativas de Manaus. Publicado no Diário Oficial nº 28.174 de 18 de abril de 1995.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F. Auto-avaliação da saúde entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1699-1707, ago.2006.

MESAS, A.E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.9, n.4, p.417-480, dez. 2006.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1665-1667, nov./dez.2005

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE -BRASIL. Países que seguem a política da OMS, Saúde Bucal. 2006 Disponível em <<http://www.who.int/ncd/orh/index.htm>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2009.

RAMOS, M.P. Apoio Social e Saúde entre Idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, n.7, p.156-175, jan/jun.2002

- RAMOS, M.P. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. Revista do Departamento de Psicologia, UFF. Niterói, vol.19,n.2,p.397-410,jul./dez.2007.
- REIS,S.C.G.B., et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo,v.8,n.1,p.67-73,mar.2005.
- RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11,n.1,p.105-114,Mar.2006.
- ROSA,A.G.F., et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Revista de Saúde Pública,São Paulo,v.26,n.3,p.155-160, Jun.1992.
- SCHRAMM , J.M.A. et all. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908,out./dez.2004.
- SILVA,S.R.C.; CATELLANOS FERNANDES, R.A. Autopercepção das Condições Bucais por Idosos. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35,n.4,p.349-355,ago.2001.
- SILVA, D.D.; SOUSA, M.L.R.; WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. Cadernos de Saúde Pública,Rio de Janeiro,v.21,n.4,p.1251-1259,ago.2005.
- SIQUEIRA,L.S; BOTELHO,I.V.B.; COELHO,F.M.G. A Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,v.7, n.4, p.899-906. jan. 2002.
- TSUGA, K. et al. Self-assessed mastigatory ability in relation to maximal bite force and dental state in 80-year-old subjects. Journal Oral Rehabilitation, v.25,n.2,p.117-124 fev.1998.
- TUBERT-JEANNIN, S. et al. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. Community Dentistry and Oral Epidemiology,Adelaide,v.31,n.4,p.275-284,ago. 2003.
- UNFER, B. et all. Autopercepção da perda de dentes em idosos. Revista Interface – Comunicação, Saúde e educação, Botucatu, v.10, n.19,p217-226, jan./jun.2006
- VECCHIA, R.D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.8, n.3, p.246-252, set. 2005.
- XAVIER, F.M.F. et all. Elderly people´s definition of quality of life. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo,v.25,n.1,p.31-39,mar.2003
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods. 4.ed.Geneva: ORH, 1997.

ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA CLÍNICA (BASEADA NO MODELO DO SB-Brasil)

IDENTIFICAÇÃO																																																																																																																																																					
SETOR CENSITÁRIO: <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																																																																																																																																																					
IDENTIFICAÇÃO: _____																																																																																																																																																					
QUADRA: _____																																																																																																																																																					
INFORMAÇÕES GERAIS:																																																																																																																																																					
Idade: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> (em anos)	Sexo: M <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/> F <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/>	Grupo Étnico: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	1 – Amarelo 2 – Branco 3 – Indígena 4 – Pardo 5 – Negro	Realização do exame <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/> 1 – Sim <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/> 2 – Não assinou TCLE <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/> 3 – Eliminado T. Cognição <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/> 4 – Outro																																																																																																																																																	
CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO																																																																																																																																																					
CÁRIE DENTÁRIA							NECESSIDADE DE TRATAMENTO																																																																																																																																														
CÓDIGO PERMANENTE	COROA	RAIZ	CONDIÇÃO / ESTADO				CÓDIGO	CONDIÇÃO / ESTADO																																																																																																																																													
0	0	0	Hígido				0	Nenhum																																																																																																																																													
1	1	1	Cariado				1	Restauração de 1 superfície																																																																																																																																													
2	2	2	Restaurado com cárie				2	Restauração de 2 ou mais superfícies																																																																																																																																													
3	3	3	Restaurado sem cárie				3	Coroa por qualquer razão																																																																																																																																													
4	-	-	Perdido por cárie				4	Faceta estética																																																																																																																																													
5	-	-	Perdido por outras razões				5	Pulpar + restauração																																																																																																																																													
6	-	-	Selante				6	Extração																																																																																																																																													
7	7	7	Apoio de ponte ou coroa				7	Remineralização de mancha branca																																																																																																																																													
8	8	8	Não erupcionado – raiz exposta				8	Selante																																																																																																																																													
T	-	-	Trauma (fratura)				9	Sem informação																																																																																																																																													
9	9	9	Dente excluído																																																																																																																																																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">18</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">17</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">16</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">15</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">14</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">13</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">11</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">21</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">22</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">23</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">24</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">25</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">26</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">27</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Coroa</td> <td><input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Raiz</td> <td><input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Trat.</td> <td><input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">48</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">47</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">46</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">45</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">44</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">43</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">42</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">41</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">31</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">32</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">33</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">34</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">35</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">36</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">37</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Coroa</td> <td><input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Raiz</td> <td><input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Trat.</td> <td><input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>															18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Coroa	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	Raiz	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	Trat.	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Coroa	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	Raiz	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	Trat.	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																										
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																					
Coroa	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																					
Raiz	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																					
Trat.	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																					
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																					
Coroa	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																					
Raiz	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																					
Trat.	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																					
EDENTULISMO	DOENÇA PERIODONTAL																																																																																																																																																				
Uso de Prótese Superior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Inferior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Necessidade de Prótese Superior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Inferior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	CPI 17/16 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 11 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 26/27 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 47/46 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 31 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 36/37 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>						PIP 17/16 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 11 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 26/27 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 47/46 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 31 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 36/37 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																																																														

Nome completo do examinador: _____

CRO _____ Data ____/____/____

ANEXO 2 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA, ACESSO AOS SERVIÇOS ODONT. AUTO-PERCEPÇÃO EM S. BUCAL (BASEADA NO MODELO DO SB-Brasil)

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	
1 Número de Pessoas <input type="text"/> <input type="text"/>	2 Escolaridade (anos de estudo) <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Nº de cômodos na casa <input type="text"/> <input type="text"/>	
4 Tipo de Moradia <input type="checkbox"/> 1 – Própria 4 – Cedia <input type="checkbox"/> 2 – Em aquisição 5 – Outros <input type="checkbox"/> 3 – Alugada	5 Renda Familiar (em reais/ s/ centavos) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Renda Pessoal (em reais/não registrar os centavos) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7 Posse de automóvel <input type="checkbox"/> 0 – Não possui <input type="checkbox"/> 1 – Possui um automóvel <input type="checkbox"/> 2 – Possui dois automóveis ou mais
ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	
8 Já foi ao dentista alguma vez na vida? <input type="checkbox"/> 0 – Sim <input type="checkbox"/> 1 – Não	9 Há quanto tempo? <input type="checkbox"/> 0 – Nunca 2 – De 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 1 – Menos de 1 ano 3 – 3 ou mais anos
10 Onde? <input type="checkbox"/> 0 – Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1 – Serviço Público <input type="checkbox"/> 2 – Serviço Privado (Liberal) <input type="checkbox"/> 3 – Serviço Privado (Planos e Convênios) <input type="checkbox"/> 4 – Serviço Filantrópico <input type="checkbox"/> 5 – Outros	11 Porque? <input type="checkbox"/> 0 – Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1 – Consulta de rotina/reparos/manutenção <input type="checkbox"/> 2 – Dor <input type="checkbox"/> 3 – Sangramento gengival <input type="checkbox"/> 4 – Cavidades nos dentes <input type="checkbox"/> 5 – Feridas, caroços ou manchas na boca <input type="checkbox"/> 6 – Outros
12 Como avalia o atendimento? <input type="checkbox"/> 0 – Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1 – Péssimo <input type="checkbox"/> 2 – Ruim <input type="checkbox"/> 3 – Regular <input type="checkbox"/> 4 – Bom <input type="checkbox"/> 5 – Ótimo	13 Recebeu informações sobre como evitar doenças bucais? <input type="checkbox"/> 0 – Sim <input type="checkbox"/> 1 – Não
14 Considera que necessita de tratamento atualmente? <input type="checkbox"/> 0 – Sim <input type="checkbox"/> 1 – Não	
AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL	
15 Como classificaria sua saúde bucal? <input type="checkbox"/> 0 – Não sabe / não informou <input type="checkbox"/> 1 – Péssima <input type="checkbox"/> 2 – Ruim <input type="checkbox"/> 3 – Regular <input type="checkbox"/> 4 – Boa <input type="checkbox"/> 5 – Ótima	16 Como classificaria a aparência de seus dentes e gengiva? <input type="checkbox"/> 0 – Não sabe / não informou <input type="checkbox"/> 1 – Péssima <input type="checkbox"/> 2 – Ruim <input type="checkbox"/> 3 – Regular <input type="checkbox"/> 4 – Boa <input type="checkbox"/> 5 – Ótima
17 Como classificaria sua mastigação? <input type="checkbox"/> 0 – Não sabe / não informou <input type="checkbox"/> 1 – Péssima <input type="checkbox"/> 2 – Ruim <input type="checkbox"/> 3 – Regular <input type="checkbox"/> 4 – Boa <input type="checkbox"/> 5 – Ótima	18 Como classificaria sua fala devido aos seus dentes e gengivas? <input type="checkbox"/> 0 – Não sabe / não informou <input type="checkbox"/> 1 – Péssima <input type="checkbox"/> 2 – Ruim <input type="checkbox"/> 3 – Regular <input type="checkbox"/> 4 – Boa <input type="checkbox"/> 5 – Ótima
19 De que forma sua saúde bucal afeta seu relacionamento com outras pessoas? <input type="checkbox"/> 0 – Não sabe / não informou <input type="checkbox"/> 1 – Não afeta <input type="checkbox"/> 2 – Afeta pouco <input type="checkbox"/> 3 – Afeta mais ou menos <input type="checkbox"/> 4 – Afeta muito	20 O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> 0 – Nenhuma dor <input type="checkbox"/> 1 – Pouca dor <input type="checkbox"/> 2 – Média dor <input type="checkbox"/> 3 – Muita dor

**ANEXO 3 – ÍNDICE DE DETERMINAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL
GERAL – GOHAI** (MODELO GOHAI ADAPTADO POR SILVA, 1999)

ÍNDICE DE DETERMINAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL GERAL (GOHAI)	
<p>21 Nos últimos 3 meses você diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre mudei a alimentação 2 – Algumas vezes mudei a alimentação 3 – Nunca mudei a alimentação</p>	<p>22 Nos últimos 3 meses você teve problemas para mastigar os alimentos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre tive problemas para mastigar os alimentos 2 – Algumas vezes tive alguns problemas para mastigar os alimentos 3 – Nunca tive nenhum problemas para mastigar os alimentos</p>
<p>23 Nos últimos 3 meses você teve dor ou desconforto para engolir alimentos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre tive dor ou desconforto em engolir alimentos. 2 – Algumas vezes tive dor ou desconforto em engolir alimentos. 3 – Nunca tive dor ou desconforto em engolir alimentos.</p>	<p>24 Nos últimos 3 meses você mudou o jeito de falar por causa dos problemas em sua boca?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre mudei o jeito de falar 2 – Algumas vezes mudei o jeito de falar 3 – Nunca mudei o jeito de falar</p>
<p>25 Nos últimos 3 meses você sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre senti desconforto ao comer. 2 – Algumas vezes senti desconforto ao comer. 3 – Nunca senti qualquer desconforto ao comer.</p>	<p>26 Nos últimos 3 meses você deixou de se encontrar com outras pessoas por causa de sua boca?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre deixei de me encontrar com outras pessoas por causa da boca. 2 – Algumas vezes deixei de me encontrar com outras pessoas. 3 – Nunca deixei de me encontrar com outras pessoas.</p>
<p>27 Nos últimos 3 meses você se sentiu satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Nunca me senti satisfeito ou feliz com a aparência da minha boca. 2 – Algumas vezes me senti satisfeito e feliz com a aparência da minha boca. 3 – Sempre me senti satisfeito e feliz com a aparência da minha boca.</p>	<p>28 Nos últimos 3 meses você teve que tomar remédio para passar a dor ou desconforto de sua boca?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre tive que tomar remédio para passar a dor ou desconforto na boca. 2 – Algumas vezes tive que tomar remédio para passar a dor ou desconforto na boca. 3 – Nunca tive que tomar remédio para passar a dor ou desconforto na boca.</p>
<p>29 Nos últimos 3 meses você teve algum problema na boca que o deixou preocupado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sim, tive vários problemas na boca que me deixaram preocupado 2 – Algumas vezes tive problemas na boca que me deixaram preocupado 3 – Nunca tive problemas na boca que me deixaram preocupado</p>	<p>30 Nos últimos 3 meses você chegou a se sentir nervoso por causa de problemas na boca?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre me sentir nervoso por causa de problemas na boca 2 – Algumas vezes me sentir nervoso por causa de problemas na boca 3 – Nunca me sentir nervoso por causa de problemas na boca</p>
<p>31 Nos últimos 3 meses você evitou comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na sua boca?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Sempre evitei comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na minha boca. 2 – Algumas vezes evitei comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na minha boca 3 – Nunca evitei comer junto com outras pessoas por causa dos problemas na minha boca</p>	<p>32 Nos últimos 3 meses você sentiu seus dentes ou a gengiva ficarem sensíveis a alimentos líquidos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Meus dentes ou gengiva nunca ficaram sensíveis 2 – Meus dentes ou gengiva algumas vezes ficaram sensíveis 3 – Meus dentes ou gengiva sempre ficaram sensíveis</p>

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: _____
Pesquisador responsável: _____
Instituição a que pertence o pesquisador: _____
Telefones para contato: _____

Título do projeto: _____
Pesquisador responsável: _____
Instituição a que pertence o pesquisador: _____
Telefones para contato: _____

As informações que se seguem estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária nesta pesquisa de responsabilidade da pesquisadora Evangeline Maria Cardoso, sob a orientação da Prof. Dra Maria Augusta Bessa Rebelo Universidade Federal do Amazonas.

Este projeto de pesquisa tem como objetivo principal investigar as condições de saúde bucal dos idosos residentes no município de Manaus e o resultado da pesquisa poderá ajudar os gestores de saúde na tomada de decisões quanto às necessidades de saúde dos idosos assim como priorizar o atendimento desta faixa etária de acordo com as necessidades epidemiológicas.

Os participantes foram selecionados através de sorteio. Não há riscos nem desconforto de qualquer natureza para os participantes, pois os procedimentos se restringem a realização de um exame na cavidade bucal e a anotação das informações em fichas clínicas individuais.

Em qualquer etapa do estudo, terá acesso aos pesquisadores para esclarecimento de eventuais dúvidas e, se desejar, pode entrar em contato com o orientador da pesquisa. A participação é voluntária e poderá se retirar da pesquisa em qualquer momento que desejar. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a dos demais participantes, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Não há despesas pessoais para o participante nem compensação financeira relacionada à sua participação.

Eu,, acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Compreendi quais são os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos e garantias de confidencialidade e de esclarecimentos. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo pessoal.

Manaus, ____ de _____ de _____

 Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

 Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento



Impressão dactiloscópica