

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA  
POPULAÇÃO DO GRUPO ETÁRIO DE 65-74 ANOS DA REGIÃO DA SERRA/ RIO  
GRANDE DO SUL (RS)**

**CLAUDETE IVANI PANIZZI NUNES**  
**ORIENTADORA: Dr<sup>a</sup>. CLAÍDES ABEGG**

**PORTO ALEGRE, SETEMBRO DE 2005**

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

N972c

Nunes, Claudete Ivani Panizzi

Condições de saúde bucal e autopercepção em saúde bucal da população do grupo etário de 65-74 anos da Região da Serra/Rio Grande do Sul (RS) / Claudete Ivani Panizzi Nunes. – 2005.

88 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva, Porto Alegre, 2005.

“Orientadora: Profa. Dra. Cláides Abegg”.

1. Saúde bucal 2. Autopercepção 3. Idosos I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia II. Título.

CDU 616.314-084

Bibliotecária: Eloisa Futuro Pfitscher

CRB 10/598

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, Curso de Pós-graduação em Odontologia, área de concentração em Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apresenta-se dividida em quatro segmentos. O primeiro deles é constituído pelo projeto de pesquisa deste estudo. O segundo segmento apresenta o relatório de atividades, o terceiro é constituído pelo artigo científico e o quarto, a conclusão geral.

No relatório de atividades são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados nos ajustes do banco de dados e das variáveis em estudo, os procedimentos de análise dos dados e os resultados preliminares.

O projeto de pesquisa assim como o Relatório de atividades estão formatados segundo as normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), de 2004.

O artigo será encaminhado à Revista Gerontodology, sendo formatado conforme as normas do referido periódico.

*Sucesso*

*“Rir muito e com frequência;  
ganhar o respeito de pessoas inteligentes  
e o afeto das crianças;  
merecer a consideração de críticos honestos  
e suportar a traição de falsos amigos;  
apreciar a beleza,  
encontrar o melhor nos outros;  
deixar o mundo um pouco melhor,  
seja por uma saudável criança,  
um canteiro de jardim  
ou uma redimida condição social;  
saber que ao menos  
uma vida respirou mais fácil porque você viveu.  
Isso é ter tido sucesso”.*  
*Ralph Waldo Emerson.*

*Espero que este trabalho venha contribuir  
para que nossos velhos possam ter uma vida cada vez melhor.*

### *Agradecimentos*

*Concretizar o sonho de fazer o mestrado só foi possível com o apoio de pessoas que são muito importantes em minha trajetória.*

*Redovino e Lorena, meus amigos, meus pais, o início de tudo;*

*Verônica, minha amiga, minha filha, minha realização;*

*Leonardo, meu amor, meu companheiro, a quem dedico este trabalho;*

*Claídes, minha orientadora e professora, um exemplo a seguir;*

*Silvânia, Marcos, Alexandre, Andréa, Daniele, Joice, e Emídio, companheiros de mestrado, nasce uma nova **ONG**;*

*Luciana, prof<sup>a</sup> da **Estatística/ UFRGS**, meu auxílio estatístico;*

*Helenita, **SES**, meus dados;*

***UFRGS**, minha oportunidade;*

*Jesus, meu mestre.*

### **RESUMO**

Este estudo tem como objetivo compreender a autopercepção das condições de saúde bucal do grupo etário de 65-74 anos da Região da Serra/RS. Utilizou dados do SBBrasil, coletados pela SES/RS. A população final da amostra foi constituída de 618 idosos, sendo

57% de mulheres. Esta coleta foi realizada através de um questionário com questões fechadas sobre dados sócio-demográficos e questões de autopercepção em saúde bucal, bem como de um exame bucal. A análise dos dados foi feita através da regressão logística multinomial.

O exame clínico revelou que quase a metade dos idosos está desdentada e classificou sua saúde bucal como boa ou ótima. Em relação a presença de dor, 28,8% dos indivíduos relataram que sentiram dor nos seis meses que antecederam a entrevista. A dor permaneceu estatisticamente associada à classificação da saúde bucal (OR= 2,3; IC95%: 1,24-4,44) e da mastigação (OR=1,9; IC%95: 1,07-3,24). A necessidade de prótese total permaneceu associada, após o ajuste, com a classificação da aparência dos dentes e gengiva (OR=0,3; IC95%: 0,11-0,78), da mastigação (OR=0,2; IC95%: 0,09- 0,46) e da autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos (OR=3,4; IC95%: 1,47-7,75). A renda pessoal manteve associação, após o ajuste, com a classificação da fala (OR=4,5; IC95%: 1,34- 15,12). A escolaridade, após o ajuste, manteve associação com a autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos (OR=1,9; IC95%: 1,06-3,43).

Conclui-se que a dor e a necessidade de prótese total têm forte relação com as questões de autopercepção em saúde bucal.

**PALAVRAS CHAVE:** Autopercepção, Saúde Bucal, Idosos.

### **ABSTRACT**

**Objectives:** To investigate the self- perception of oral health in older people, aged 65-74, from the central region of southern Brazil. **Methods:** Cross-sectional population-based study using data from the *Oral Health Conditions Survey of Southern Brazil*, developed between the year 2002 and 2003, by the State Health Secretary of Rio Grande do Sul, Brazil.

Socioeconomic and demographic variables, self-perception of oral health and clinical data, number of existing natural teeth and need of dental prosthesis, as well as dental pain were evaluated in 618 elderly. Multinomial logistic regression was used to evaluate the effect of explanatory variables on the self- perception of oral health.

Results: Almost half of the elderly were edentate and rated their oral health as good or very good. As regards dental pain 28,8% of the people declared that they experienced dental pain in the last six months before the interview. There was a significant relationship between dental pain and classification of oral health, (OR=2,3; CI 95%: 1,24-4,44), and chewing ability (OR=1,9; CI95%: 1,07-3,24). Need of dental prosthesis remained associated to appearance of teeth and gums, (OR=0,3; CI 95%: 0,11-0,78), chewing ability (OR=0,2; CI 95%: 0,09-0,46) and the influence of oral health on establishing relationships (OR=3,4; CI 95%: 1,47- 7,75). In addition, after adjustment personal income remained associated to the elderly's perception of their ability to talk (OR=4,5; CI 95%: 1,34- 15,12). Finally, level of education remained related to the influence of oral health status on people's relationships (OR=1,9; CI95%: 1,06-3,43).

Conclusion: Dental pain and need of dental prosthesis were the main factors that affected the self perception of oral health of elderly people from southern Brazil.

Key words: Oral health. Older people. Self-perception

### ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Municípios que integraram a amostra e suas respectivas populações	65
Tabela 2- Municípios e número de indivíduos que integraram a amostra	65
Tabela 3-Variáveis de estudo e suas respectivas categorizações	66
Tabela 4- Resultados da regressão logística multinomial, simples e múltipla	81

Tabela 5- Resultados da regressão para o desfecho da influência da saúde bucal nos relacionamentos	82
--	----

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1- Frequências do uso de próteses superiores na amostra	62
Gráfico 2- Frequências do uso de próteses inferiores na amostra	62
Gráfico 3- Distribuição, em percentuais, dos idosos segundo os municípios	60
Gráfico 4- Distribuição dos idosos quanto ao sexo	61
Gráfico 5- Frequências das necessidades de reposição de próteses superiores na amostra	63
Gráfico 6- Frequências das necessidades de reposição de próteses inferiores na amostra	63

### **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

CPITN- Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal

CPO-D- Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SBBrazil- Levantamento de Saúde Bucal da População Brasileira

SES/ RS- Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul



SUS- Sistema Único de Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

### 1 PROJETO DE PESQUISA

1.1 INTRODUÇÃO.....13

#### 1.2 REVISÃO DA LITERATURA

1.2.1 Conceito de Saúde e sua evolução.....17

1.2.2 Autopercepção de saúde: expressão do processo de socialização.....20

1.2.3 O Processo de transição demográfica.....26

1.2.4 Política nacional do idoso.....29

1.2.5 A Saúde bucal do idoso brasileiro.....31

### 1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral.....	35
1.3.2 Objetivos Específicos.....	35

### 1.4 METODOLOGIA

1.4.1 Delineamento.....	36
1.4.2. Aspectos éticos.....	36
1.4.3 População alvo.....	37
1.4.4 Plano amostral.....	37
1.4.4.1 Pré-estratificação .....	38
1.4.4.2 Sorteio dos municípios.....	38
1.4.4.3 Idades, índices e grupos etários .....	39
1.4.5 Tamanho da amostra.....	39
1.4.6 Coleta de dados.....	40
1.4.6.1 As Variáveis.....	42
1.4.7 Calibração das equipes de campo.....	44
1.4.8 Instrumentos utilizados.....	45
1.4.9 Análise dos dados.....	45

1.5 ORÇAMENTO.....	45
--------------------	----

1.6 CRONOGRAMA.....	46
---------------------	----

1.7 REFERÊNCIAS.....	47
----------------------	----

### 1.8 ANEXOS

1.8.1 Anexo A- Distribuição do número de municípios por pólo regional e porte populacional, RS/2000.....	53
1.8.2 Anexo B- Ficha de exame.....	54
1.8.3 Anexo C- Formulário.....	55

## 2 RELATÓRIO DE ATIVIDADES

2.1 AJUSTE DO BANCO DE DADOS E DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	57
2.2 ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS PRELIMINARES.....	59
2.2.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	60
2.2.1.1 As variáveis sócio-demográficas.....	60
2.2.1.2 As variáveis clínicas.....	61
2.2.1.3 As variáveis de auto percepção- os desfechos.....	63
2.3 TABELAS.....	65

## 3 ARTIGO

3.1 RESUMO.....	68
3.2 INTRODUÇÃO.....	69
3.3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	71
3.3.1 Plano amostral.....	71
3.3.2 Variáveis de estudo.....	72
3.3.3 Análise dos dados.....	74
3.4 RESULTADOS.....	74
3.5 DISCUSSÃO.....	77
3.6 REFERÊNCIAS.....	82
4 CONCLUSÃO.....	88



## **1 PROJETO DE PESQUISA<sup>1</sup>**

### **CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DO GRUPO ETÁRIO DE 65-74 ANOS DA REGIÃO DA SERRA/ RIO GRANDE DO SUL (RS)**

#### **1.1 INTRODUÇÃO**

Aproximadamente na metade do século passado, a população mundial começou seu processo de envelhecimento, como resultado da queda dos níveis de natalidade e o aumento da expectativa de vida devido às melhorias tecnológicas na saúde e condições de saneamento básico, aumentando a proporção de pessoas idosas no mundo (CARVALHO e GARCIA, 2003; HERÉDIA, 2000; KALACHE, VERAS E RAMOS, 1987).

Este aumento significou um acréscimo na carga do Estado e da própria sociedade (HERÉDIA, 1999; UCHÔA, 2003), já que com o crescimento da proporção de idosos,

---

<sup>1</sup> Projeto de Pesquisa aprovado pela banca examinadora composta pelos professores doutores Andréia Leal Figueiredo, Dalva Maria Padilha e Sônia Blauth Slavustky, em 27/01/2004.

aumentam a incidência das doenças crônicas e a necessidade de mais assistência médica (LIMA-COSTA e VERAS, 2003). Para tanto, há a necessidade de reestruturação dos processos coletivos para atender aos idosos e preparar as condições necessárias para aqueles que irão, no futuro, integrar este grupo.

Segundo Herédia (2000), para a definição e execução de políticas sociais pelo Estado e pela sociedade, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas e estudos com a produção de conhecimento na área objetivando compreender o processo de envelhecimento e suas conseqüências individuais e sociais. Além disso, há a preocupação com a manutenção da inserção social, e até mesmo econômica, da pessoa idosa na sua comunidade. Para que tudo isto seja possível, a conquista da longevidade só é válida se acompanhada de qualidade de vida.

Ter qualidade de vida também se tornou uma definição importante no conceito de saúde que, coincidentemente ou não, foi criado aproximadamente na metade do século passado. Em 1948 a OMS formulou e tornou universal o conceito de saúde, caracterizando-o como um pleno estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente como um estado de ausência de doença.

A saúde, desta forma, passou a ser entendida como resultado de vários determinantes que asseguram qualidade de vida e o direito ao bem-estar social, tais como: moradia digna com saneamento básico, segurança, trabalho, lazer, acesso à educação, acesso à alimentação saudável, entre outros.

Durante a década de 60, um amplo debate ocorreu em várias partes do mundo, fortalecendo as dimensões econômica e social da saúde, abrindo caminho para a busca de uma nova visão de saúde. Contudo, é somente nas décadas de 70 e 80 que essa visão mais abrangente ganha força a partir da contribuição dos movimentos sociais.

Mesmo assim, ainda coexistem dois paradigmas (FERRAZ, 1998). Um, que relaciona a prevenção de doenças com a prática iminentemente médica, em que indivíduos de alto risco são identificados e colocados sob cuidados preventivos. Outro, que relaciona a prevenção de doenças à noção de promoção de saúde, em que são objetos de preocupação os múltiplos aspectos ligados a estilos de vida.

Por sua vez, Marinho (1992) argumenta que mudanças nos modelos ambientais, comportamentais, sociais e nutricionais realmente influenciam na melhoria da saúde, reforçando-se seu conceito amplo.

A saúde deixa de ser vista de forma fragmentada e passa a ser analisada dentro da ótica da multidisciplinariedade. Sendo assim, ter saúde significa ter saúde bucal, também. Agora, saúde bucal por si só não faz sentido, senão acompanhada, em grau razoável, da saúde geral do indivíduo (CHAVES, 1986).

Para que esse avanço no conceito de saúde se tornasse de fato um direito, era necessário respaldo legal. Percebeu-se, então, uma crescente regulamentação no âmbito legal da saúde enquanto direito social, como fruto da ação dos movimentos sociais e da própria evolução do Estado. No Brasil, encontramos o conceito amplo de saúde na Constituição Federal de 1988. Assim dispõe tal texto legal:

Art. 196- A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco à doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Igualmente, encontramos a noção abrangente de saúde na lei reguladora do SUS, Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, que assim dispõe:

Art. 3º- A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Além da manutenção e implementação das conquistas legais no campo da saúde, é necessário que os programas sociais promovam a saúde. Para tanto, o Sistema Único de Saúde vale-se da vigilância epidemiológica para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, conforme dispõe o capítulo II, item VII, da Lei n. 8080/90.

Dessa forma, para o estabelecimento das necessidades bucais das mais diferentes regiões do Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu, nos anos de 2001 e 2002, o maior levantamento epidemiológico bucal já realizado no país, chamado SBBrasil. Foram sorteados aleatoriamente 250 municípios em todo país. Destes, 21 são do Estado do Rio Grande do Sul.



A SES/RS ampliou a amostra, incorporando mais 74 municípios, tornando o estudo representativo para o Estado.

No que tange aos idosos, além das necessidades clínicas, é importante saber como eles percebem sua saúde bucal, considerando-se que seus comportamentos e hábitos relacionados à saúde são influenciados por esta percepção. Estudos sobre autopercepção em saúde bucal têm demonstrado que ela está associada a fatores sociodemográficos (CRUZ et al., 2001), clínicos (GILBERT et al., 1994) e sintomatológicos (SILVA e FERNANDEZ, 2001).

Desta forma, a partir dos dados coletados pela SES, esta dissertação tem como propósito estudar a autopercepção das condições de saúde bucal do grupo etário de 65-74 anos da Região da Serra/RS. Espera-se, com isso, fornecer subsídios para futuras estratégias em saúde nesta região, contribuindo com a inserção do idoso em vários segmentos da sociedade de forma digna e qualitativa.

## **1.2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **1.2.1 Conceito de saúde e sua evolução**

Segundo a OMS (1948), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”. Quando tal organismo internacional cunhou esta definição, ele buscou superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade, valorizando a saúde enquanto componente central do desenvolvimento humano. Nos anos que se seguiram, vários estudos e mobilizações de

diversos segmentos da sociedade em diferentes países ajudaram a consolidar essa concepção ampla de saúde.

Em uma revisão da mitologia grega sobre a origem das doenças, Dubos (1974), encontram-se Hygeia e Asclepius, que simbolizam a infundável oscilação entre as duas visões do binômio saúde-doença. Para a primeira, a saúde seria a resultante natural da ordenação das coisas e a medicina teria a função de descobrir e ensinar as leis naturais que assegurassem ao homem saúde mental e física. Para a segunda, numa atitude mais descrente, o médico exerceria o papel principal na garantia da saúde. Ao final de seu trabalho, Dubos formula sua própria concepção de saúde, qual seja:

saúde e doença não podem ser definidas meramente como atributos: mental, social e individual; seu real significado está na habilidade do indivíduo exercer e manter suas funções de forma aceitável para si e dentro do grupo a que pertence.

O Relatório Lalonde, elaborado pelo governo canadense, em 1974, ratificou o conceito de saúde proposto por Dubos. Tal documento descreveu a importância da interação entre os indivíduos e o ambiente em que vivem, indicando que o tradicional padrão assistencial era o componente que menos efeito parecia ter para promover uma melhor saúde.

Durante a trigésima Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, a OMS propôs uma ampla agenda de mudanças socioeconômicas em prol da saúde, cujo título foi “Saúde para todos no Ano 2000”. As pré-condições sugeridas para alcançar a saúde incluíam oportunidades iguais para todos e a satisfação de necessidades básicas, tais como: alimentação, renda, educação, qualidade da água, saneamento e habitação.

Baseada nestes preceitos, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde elaborou, em 1978, a Declaração de Alma Ata. Tal documento ampliou os esforços para modificarem-se as prioridades do setor saúde, enfatizando-se as ações de prevenção num programa de promoção de saúde, em lugar de serviços clínicos e curativos. Outra contribuição importante foi o destaque dado à participação social, bem como a outros setores do desenvolvimento nacional. Essa declaração fortaleceu o reconhecimento da saúde como um direito, a ser concretizado através da redução de desigualdades entre países e populações específicas.

No Brasil, durante as décadas de 70 e 80, vários movimentos configuraram a chamada Reforma Sanitária Brasileira, que teve seu clímax em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, na qual a definição ampla de saúde foi reforçada, dando subsídios teóricos e políticos para a Constituição que posteriormente seria formulada, bem como a criação do novo sistema de saúde, que nos anos seguintes seria implantado. Nesse mesmo ano ocorre a Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Ottawa, Canadá. A Carta de Ottawa, documento resultante desse encontro, reforçou o conceito de que fatores sociais e culturais, por um lado, e fatores materiais, ambientais e estruturais, por outro, estão inter-relacionados e são interdependentes. Foi nesse período que se iniciou a ênfase na construção de políticas públicas saudáveis.

As conferências seguintes, denominadas Adelaide (1988), Sundswal (1991) e Jakarta (1997) fortaleceram a consciência da necessidade de construção de ambientes saudáveis a partir da implementação de decisões políticas, ações intersetoriais e participação comunitária

em que todos têm seu lugar num trabalho conjunto voltado para o alcance da saúde (MOYSÉS e WATT, 2000).

Neste cenário se inclui, também, a saúde bucal. Segundo Chaves (1986), o conceito de saúde bucal serve, na prática, para identificar objetivos de programas de saúde, desde que não se perca de vista a limitação do conceito, já que só faz sentido pensar saúde bucal como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca se acompanhada de saúde geral do indivíduo.

No que diz respeito ao conceito de saúde bucal, a OMS (1957) propôs que

a saúde bucal compreende o estado de completa normalidade e eficiência funcional dos dentes e das estruturas de suporte e também das partes circundantes da cavidade bucal e das várias estruturas relacionadas à mastigação e ao complexo maxilofacial.

Yewe-Dyer (1993) apresenta o conceito de saúde bucal como o estado da boca e das suas estruturas, onde as doenças estão controladas, as doenças futuras são inibidas, a oclusão é suficiente para mastigar os alimentos e os dentes apresentam uma aparência socialmente agradável.

A evolução da conceituação de saúde geral e saúde bucal apresentada nesta seção permitiu entender que, para que os programas de promoção em saúde bucal alcancem seus objetivos, é necessário, além das informações técnicas, conhecimento sobre a forma como os indivíduos se percebem dentro do processo saúde-doença.

### 1.2.2 Autopercepção de saúde: expressão do processo de socialização

A sociedade humana, ao longo de sua história, é fortemente marcada pelas condições sociais, econômicas e políticas vivenciadas. Valores, conceitos e percepções adquirem as mais diversas interpretações, de acordo com o momento histórico.

Segundo Campos, 1997,

a variabilidade dos ambientes, o modo peculiar de percebê-los, dará a cada grupo social uma maneira própria de se comportar e, a partir daí, se cunharão os conceitos de saúde e doença, se estabelecerão os tipos e intensidades das doenças bem como o modo de explicá-los e lidar com elas.

Essa peculiaridade do homem de captar e interpretar os mesmos estímulos de modo individual ou coletivo permite a ele comportar-se de modo diferente em cada época, em cada lugar. Modifica-se o ambiente, adapta-se o homem; modifica-se o valor do que ele percebe, modifica-se o homem. O ser humano molda seus hábitos e comportamentos conforme um conjunto de percepções sociais. Essas percepções envolvem crenças, valores, expectativas e interações no tempo e no espaço (CAMPOS, 1997).

Cruz et al. (2001) realizou um estudo em 1994-95 com o objetivo de comparar a autopercepção da saúde oral em grupos de imigrantes residentes na cidade de Nova Iorque. A amostra era composta por chineses, indianos e paquistaneses com idade entre 18 a 65 anos, os quais responderam a um questionário, seguido de exame bucal. Os preditores associados com

a autopercepção da saúde oral foram diferentes para cada um desses grupos estudados. Tal fato ocorreu, possivelmente, pelas diferenças nas conceituações de saúde oral. Esse estudo concluiu que as diferenças étnicas na percepção da saúde oral devem ser consideradas na elaboração das atividades de promoção da saúde bucal.

Vários estudos têm demonstrado que a autopercepção em saúde bucal varia entre indivíduos e sociedades. Gilbert et al. (1994) observaram, por intermédio de um estudo feito com 600 idosos da Flórida, que as pessoas percebiam suas necessidade de tratamento a partir de sinais e sintomas específicos, como perda dentária, e não a partir de uma avaliação geral de sua saúde oral. Os indivíduos com rendas mais baixas e os insatisfeitos com suas últimas visitas ao dentista classificavam sua saúde oral como ruim.

Silva e Fernandez (2001) realizaram um estudo cujo objetivo era avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal do idoso e analisar os fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferiam nessa autopercepção. Participaram do estudo 201 idosos dentados e 136 desdentados, com idade média de 68,4 anos, inscritos no programa do idoso do centro de reabilitação do município de Araraquara (SP). Dos participantes, 69,4% eram mulheres, 78% cursaram apenas o 1º grau e 40,6% eram proletários típicos. A condição bucal observada foi precária. O valor médio encontrado para o índice CPO-D foi de 26,66, para os dentados. Destes, 77,19% faziam parte do componente extraído. Quanto à condição protética, 44,8% dos dentados e 2,2% dos desdentados não usavam e necessitavam de prótese, enquanto 28,8% dos dentados e 62,5% dos desdentados usavam e necessitavam de outras próteses. Precária também foi a autopercepção dos problemas bucais; 60,8% dos dentados declararam não ter nenhum problema em seus dentes, provavelmente porque a quantidade de dentes que necessitavam de tratamento era pequena, pois muitos já haviam sido extraídos. O teste de

diferença entre os grupos mostrou associação somente com a variável clínica de sintomatologia dolorosa relatada devido à presença de dentes cariados e/ou indicados à extração. Entre as variáveis sociodemográficas estudadas, apenas a classe social mostrou diferença entre os grupos. Provavelmente razões financeiras ou comportamentais que refletem o nível educacional levavam os idosos mais pobres a não demonstrarem a mesma disposição para solicitar tratamento em resposta a esta necessidade, quando comparados aos indivíduos de maior poder aquisitivo.

Por sua vez, Sandberg, Sundberg e Wikblad (2001), realizaram um estudo na Suécia que buscou explorar a relação entre os cuidados de higiene oral e a autopercepção da saúde bucal em um grupo de pacientes com diabetes (doença crônica), bem como compará-lo a um grupo controle de pessoas não-diabéticas e mesmo gênero e idade. Esse estudo fez parte de uma pesquisa mais abrangente sobre diabetes, saúde, higiene e saúde bucal. Dele participaram 204 pessoas. As variáveis relacionadas ao diabetes foram retiradas de prontuários médicos. Higiene bucal, autopercepção e conhecimentos foram explorados através de um questionário. Os resultados mostraram que os pacientes diabéticos (83,3%) e os do grupo controle (85,3%) estavam satisfeitos com seus dentes e boca. Tanto os pacientes diabéticos como os de controle, que possuíam dentes naturais ou eram portadores de dentaduras em ambas arcadas, apresentavam mais de 80% de satisfação. Já os pacientes diabéticos que tinham dentes naturais com próteses removíveis expressaram maior insatisfação. Mais de 90% dos pacientes em ambos os grupos conseguiam mastigar qualquer tipo de alimento. Nenhuma relação entre duração do tempo da doença e a autopercepção da saúde bucal foi encontrada.

Locker et al. (2002) realizaram um estudo com 225 residentes do Centro Geriátrico de Baycrest, Toronto, Canadá. O objetivo desse estudo foi responder se as desordens bucais

apresentam impactos funcionais e psicológicos negativos na qualidade de vida. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista pessoal (questionário sobre saúde e bem-estar dentário informados através da autopercepção) e de uma revisão dos prontuários dentários. As variáveis de saúde bucal foram coletadas a partir da análise do estado dentário, uso parcial de dentadura ou outras próteses. Dos indivíduos pertencentes à amostra, 67,4% avaliaram sua saúde bucal como excelente ou boa e 20% estavam insatisfeitos com a saúde de seus dentes e boca. Esse nível de satisfação pode ter sido constatado porque as doenças e os distúrbios bucais que eles apresentavam, assim como seus impactos, não eram, para eles, particularmente importantes.

Dolan desenvolveu uma pesquisa em 1993 na Califórnia, que representou uma das primeiras tentativas de descrição, a partir de uma classificação global numa população de idosos, da natureza, magnitude e direção de mudanças na autopercepção de saúde oral. Objetivou aferir qual era a percepção da saúde oral que os idosos tinham dentro de um determinado período, isto é, se os idosos manteriam ou modificariam sua percepção naquele espaço de tempo. A amostra final foi constituída de 258 sujeitos com 75 anos ou mais. No total, foram quatro entrevistas, uma no início e mais uma a cada ano. Esse estudo constatou que 38,7% dos sujeitos mantiveram a mesma autoclassificação do início ao fim do estudo, que 37,3% pioraram sua autoclassificação e 24% dos sujeitos melhoraram sua autoclassificação ao longo do tempo. Estes achados sugeriram um aumento na soma de mudanças na autopercepção de saúde oral ao longo do período pesquisado.

Em estudo realizado por Locker & Jakovic (1996) num período de três anos, 20% dos sujeitos pesquisados relataram que sua saúde oral piorou, 10% que melhorou e o restante, 68,5%, reportaram não ter havido mudanças. Verificou-se, ainda, uma moderada relação entre



as classificações globais e o índice de avaliação da saúde oral geriátrica (GOHAI). Tais achados indicam a validade na classificação global como uma medida de autopercepção da saúde oral.

Suominen-Taipale et al. (2001), realizaram estudo em que um dos objetivos foi analisar diferenças na saúde e nas necessidades em uma população de 65-74 anos. Utilizaram duas áreas finlandesas com ambientes sócio-culturais e socioeconômicos muito divergentes. O tamanho da amostra foi de 1500 pessoas, sendo 500 homens e 250 mulheres de cada região. Esse estudo fez parte de um projeto maior desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Pública, em que, a cada cinco anos, são coletadas informações sobre o estado de saúde da população. A coleta de dados consistiu de um exame bucal e um questionário postal com perguntas de autopercepção e do estado de saúde bucal. Na região com renda e educação mais baixas, a proporção de desdentados era de 52% e o número médio de dentes extraídos de 23,8; enquanto na região mais rica e com melhor nível educacional, a proporção de desdentados foi de 28% e o número médio de dentes extraídos foi 14,9. Na região mais pobre, os relatos sobre dificuldades ao comer foram mais freqüentes. Na região com melhor poder aquisitivo, 2% dos participantes percebiam necessidade de um pouco mais de atendimento dentário que o recebido durante o último ano. De acordo com os resultados da pesquisa, a necessidade de tratamento dentário foi maior na região mais pobre, quando comparada à região mais rica.

Atchison et al. (1993) elaboraram um estudo cujo objetivo foi comparar a classificação feita pelos dentistas ao exame bucal e a autoclassificação feita por idosos residentes em Los Angeles que apresentavam um bom nível educacional e situação financeira estável. Os autores utilizaram entrevista telefônica e exame clínico. Participaram da amostra 779 idosos cuja média de idade foi de 75 anos, sendo que 54% eram mulheres. Os participantes tinham em

média 21,6 dentes naturais. Para os dentistas, 294 participantes tinham uma excelente saúde oral, mas somente 142 deles pensavam do mesmo modo. Em termos estatísticos, aproximadamente, 30% dos idosos, portanto, classificaram sua saúde bucal de forma idêntica aos dentistas. Os pesquisadores sugerem que o fato de a pesquisa englobar um grupo diferenciado de idosos pode tê-los influenciado na hora de determinarem a sua classificação. Assim, os autores concluíram que as características sociodemográficas também influenciam nas medições clínicas de saúde oral, sendo razoável esperar que elas possam influenciar também na auto-avaliação.

Pesquisas como a de Atchison et al. (1993) ilustram uma mudança que se faz sentir no perfil demográfico no mundo. Como consequência, cada vez mais é importante para os pesquisadores conhecer as características da população idosa.

### **1.2.3 Processo de transição demográfica**

O envelhecimento da população é um processo mundial. Esse fenômeno teve início nos países desenvolvidos ainda na primeira metade do século passado, como consequência da urbanização das cidades, melhoria nutricional das pessoas e de suas condições sanitárias, elevação dos níveis de higiene pessoal, aperfeiçoamento das condições ambientais no trabalho e das residências, assim como dos processos médico-tecnológicos (CARVALHO e GARCIA, 2003; HERÉDIA, 200; KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987) .

Nos últimos anos, o aumento dessa população idosa nos países desenvolvidos tem sido menor, tendo em vista o limite biológico da espécie humana (KALACHE, VERAS e

RAMOS, 1987). Já nos países do terceiro Mundo, o aumento substancial na expectativa de vida ao nascer iniciou-se meio século mais tarde, mas por razões semelhantes.

Por outro lado, autores como Carvalho e Garcia (2003) entendem que as mudanças no Brasil são mais profundas, quando comparadas aos países do Primeiro Mundo. Em primeiro lugar, o declínio da fecundidade ocorreu num ritmo maior. Em segundo lugar, a nossa população origina-se de uma mais jovem do que aquela dos países desenvolvidos.

Em relação ao gênero, a expectativa de vida da mulher é maior que a do homem. Isso se verifica tanto em países desenvolvidos quanto nos menos desenvolvidos. Há várias explicações para tais diferenças, quais sejam: diferenças de exposição às causas de risco de trabalho; diferenças no consumo do tabaco e álcool e diferenças de atitude em relação às doenças. As mulheres em geral são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento melhor das doenças e utilizam mais os serviços de saúde, quando comparadas aos homens. Ademais, a assistência médico-obstétrica contribuiu para a diminuição da mortalidade materna.

Vários fatores de risco, inicialmente mais expressivos no homem, já são percebidos também na mulher, devido a sua crescente luta pela igualdade e pela ampliação do espaço no mundo contemporâneo do trabalho. A diferença da expectativa de vida entre os sexos é menor nos países menos desenvolvidos em razão das diferenças econômicas e sociais nesses países. Esta diminuição na diferença de expectativa de vida também é identificada ao compararem-se idosos de classes ricas e pobres (KALACHE, VERAS e RAMOS 1987).

Na América Latina, a proporção de homens idosos em relação a cada 100 mulheres idosas era de 90,73% em 1960, passando a 85,90% em 2000 e com uma projeção de 84,74% em 2020 (HEREDIA, 1999). A pesquisadora estudou as mudanças populacionais profundas que o continente Latino Americano vem experimentando. Entre 1960 e 2000, a população de idosos triplicou: de 12.185.317 indivíduos passou a 41.050.337 indivíduos. Muitos fatores têm concorrido para essa mudança, entre eles, as taxas de fecundidade, mortalidade geral e infantil e esperança de vida. Quanto à taxa de fecundidade, de 5,96 em 1960 caiu para 2,84 em 2000, com uma estimativa de 2,24 em 2020. A taxa bruta de mortalidade em cada 1000 habitantes caiu de 13,88% em 1960 a 6,45% em 2000. Quanto à taxa de mortalidade infantil, em cada 1000 nascidos, cai drasticamente de 114,12 em 1960 para 41,01 em 2000. Essas taxas, ao atuarem em conjunto, produzem alterações que incidem no aumento do índice de envelhecimento, traduzido no aumento na esperança de vida ao nascer que, de 54,69 anos em 1960, subiu para 69,93 em 2000, com a perspectiva de chegar a 74,17 em 2020.

O Brasil é um dos países da América Latina que tem experimentado um dos maiores aumentos em relação a sua proporção de idosos na população total. No Brasil, em 1960, havia três milhões de indivíduos com 60 anos ou mais. Esse valor subiu para quatorze milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos); e com uma projeção de 27 milhões para 2020, segundo o IBGE.

Seguindo a tendência de países latino-americanos, a distribuição por sexo da população idosa no Brasil também é predominantemente feminina. Quanto à taxa de fecundidade, em 1960, foi de 6,21, caindo para 2,04 em 2000. Provavelmente as causas motivadoras foram a inserção significativa da mulher no mercado de trabalho e a crescente utilização de métodos anticoncepcionais. Quanto à taxa de mortalidade bruta, para cada 1000 habitantes, foi de

11,20% em 1960 caindo para 6,69% em 2000. Já a taxa de mortalidade infantil, em cada 1000 nascimentos, caiu de 121,08 em 1960 para 39,20 em 2000.

A esperança de vida ao nascer que, em 1960 fora de 51,64 anos, passou a 68,51 em 2000, com uma projeção de chegar a 75,51 anos em 2020. Neste ano existirão quase 44 pessoas em idade de dependência para cada 100 habitantes em idade produtiva.

O processo de envelhecimento na América Latina e no Brasil envolve questões a serem resolvidas com prioridade tanto na esfera econômica, como social e política. Representa um grande peso para o Estado, que precisará para atender devidamente as necessidades de saúde, de previdência e de aposentadoria dessa população ( HEREDIA, 1999).

No Brasil, a avaliação da saúde bucal e do atendimento dentário para adultos e idosos (SUOMINEN-TAIPALE et al., 2001) é uma das mencionadas necessidades evidentes na área social e assistencial. No levantamento epidemiológico de saúde bucal em moradores da zona urbana de 1986, o grupo etário de 50-59 anos foi incluído. Entretanto, no levantamento de 1996, somente as condições de crianças até os 12 anos de idade foram investigadas. No SBBrasil (2000) retomaram-se as questões dos idosos, como resultado de conquistas sociais e da construção de uma política voltada para este segmento da sociedade.

#### **1.2.4 Política nacional do idoso**

Aproximadamente até o início da década de 70, todo trabalho voltado para os idosos era de cunho caritativo e desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades legais filantrópicas. Com o aumento da proporção de idosos na população, alguns técnicos da área

governamental e do setor privado começaram a atentar para a questão social do idoso (RODRIGUES, 2001).

Como exemplo, cita-se a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e a Associação Nacional de Gerontologia que congregaram médicos e outros profissionais de nível superior a propor constante ação política junto a órgãos e instituições públicas e privadas, interpretando as necessidades da população idosa brasileira e reivindicando a adoção de medidas adequadas ao atendimento dos mesmos. Além dos grupos citados anteriormente, a Associação Brasileira de Alzheimer desenvolve um trabalho de apoio às famílias de doentes e o SESC/SP desenvolve seu trabalho através de centros e grupos de convivência. Outra importante iniciativa veio das universidades públicas e privadas que abriram suas portas para cursos voltados a terceira idade nas mais diversas áreas.

Sob a influência das diretrizes elaboradas na Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (Viena, 1982), esses movimentos ampliaram-se, culminando com a construção da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8842), em 1994. Com base nesta lei, foi elaborado um “Plano Integrado de ação governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso”, que previa a ação de nove ministérios (Saúde, Educação, Previdência, Trabalho, Cultura, Planejamento, Esporte e Lazer, Justiça, Indústria, Comércio e Turismo).

O objetivo desta política era: “Promover a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, para que sejam co-partícipes da consecução dos objetivos e princípios fundamentais da Nação”. Esse documento também previu ações referentes à formação da opinião pública, ao trabalho e previdência social, à educação, à saúde, à habitação, à assistência social, aos esportes, ao lazer e à cultura.

Em 2002, a OMS convocou a Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento que se realizou em Madri. A proposta deste encontro foi a inclusão da questão do envelhecimento, pelos governantes, nos planos de desenvolvimento dos países.

As várias recomendações resumem-se em três aspectos. A primeira delas diz respeito ao desenvolvimento. Os governos devem elaborar políticas públicas que envolvem os idosos na tomada de decisões, criando oportunidades de emprego para aqueles que desejam continuar trabalhando e melhorando as condições de vida e as infra-estruturas nas zonas rurais.

O segundo aspecto está relacionado a promoção da saúde e o bem estar na velhice, através da diminuição das desigualdades económicas e sociais. Reforçar os cuidados primários e melhorar a avaliação do impacto da Aids e prestar informação e formação adequada às pessoas portadoras do HIV, além de prestar-lhes assistência.

O terceiro aspecto das recomendações é direccionada a assegurar ao idoso um ambiente propício e favorável ao envelhecimento digno, produtivo e participativo, como por exemplo transporte acessível, mais barato.

A partir desta recomendações, além da política nacional do idoso, em outubro de 2003, foi promulgado o estatuto do idoso, dando respaldo legal às transformações necessárias na construção de uma sociedade preparada para o envelhecimento.

Nesse contexto, cada vez mais se faz necessário conhecer a realidade dos idosos, para que se possa elaborar e avaliar programas voltados para eles. Esse é, aliás, o principal motivo da inserção dessa faixa etária no levantamento epidemiológico SBBrasil.

### **1.2.5 A saúde bucal do idoso brasileiro**

O edentulismo tem-se mostrado, segundo vários estudos, a principal condição oral com o avançar da idade. Rosa (1992) acredita que uma das causas prováveis para essa situação seja a insuficiente capacidade de atendimento dos serviços públicos, no que se refere aos adultos, limitando-se a fazer exodontias. Esse pesquisador realizou um estudo promovido pela Federação Dentária Internacional com um grupo geriátrico na cidade de São Paulo. Tratou-se de um estudo descritivo cujo objetivo foi fornecer um padrão referencial do estado de saúde bucal da população de 60 anos ou mais, já que no Brasil não existiam, naquele período, dados de prevalência dos principais problemas odontológicos dessa faixa etária. O estudo foi realizado em dois grupos. O primeiro grupo foi integrado por 84 idosos, com 60 anos ou mais, selecionados a partir de uma amostragem por domicílios. O segundo grupo foi constituído por 152 pessoas idosas, também com 60 anos ou mais, internadas em duas instituições. Eles apresentavam problemas físicos debilitantes e/ou crônicos, médicos e/ou emocionais. Eram incapazes de manter independência funcional sem uma assistência continuada. Os índices epidemiológicos utilizados foram CPOD, CPITN e avaliação do uso e/ou necessidades de próteses.

Aos 60 anos ou mais, a cárie atacou aproximadamente 30 dentes em ambos grupos (CPO=29,3 no 1º grupo e CPO=30,97 no 2º grupo). A participação dos dentes extraídos variou de 27 a 29 dentes. O percentual de edêntulos foi de 65% no primeiro e 84% no



segundo, demonstrando que mais da metade e cerca de três quartos dos indivíduos, respectivamente, perderam todos os dentes e 76% no primeiro e 30% no segundo usavam prótese total superior e inferior. As bolsas periodontais predominaram em relação aos demais danos. De uma maneira geral, os maiores problemas estavam presentes nas pessoas economicamente menos favorecidas que se encontravam internadas em instituições beneficentes.

Frare et al. (1997), baseados na idéia de que o cirurgião-dentista precisa aprimorar seus conhecimentos a respeito da população de idosos, realizaram um estudo na Universidade Federal de Pelotas-RS, através de inquérito domiciliar numa população de 182 idosos, cuja média de idade foi de 65 anos. Eram de baixa renda e a maioria do sexo feminino. Dos 182 idosos, 64,6% eram edêntulos e 73,4% destes faziam uso de aparelho protético. O inquérito foi composto de exame clínico e de perguntas e algumas questões de ordem geral. Entre elas, destacam-se: presença de hipertensão, diabetes, problemas de coluna, problemas digestivos, renais, neurológicos, artrites e colesterol com níveis alterados.

Quanto à escovação, 25,3% relataram escovar os dentes pelo menos uma vez ao dia, 26,5%, duas vezes ao dia e 48,2%, três ou mais vezes ao dia. Entre as alterações bucais, o achado mais freqüente foi a presença de candidíase, provocada pelo uso de dentadura, bem como a candidíase pseudomembranosa aguda, provocada pela falta de higiene. Severa periodontite foi observada naqueles que ainda possuíam alguns dentes. Outro achado constante foi hiperplasia no palato devido ao uso de dentaduras com câmara de sucção. Um dado surpreendente foi o número encontrado de manchas melânicas sem causa aparente. Eventualmente foi encontrado língua saburrosa ou fissurada, leucoplasia, hemangioma de lábio e trombose nos lábios.

Colussi e Freitas (2002), com o objetivo de analisar os estudos epidemiológicos sobre saúde bucal dos idosos, pesquisaram todos os artigos indexados nas bases de dados BBO, LILACS e MEDLINE, a partir de 1988. Eles observaram que, nos últimos 50 anos, a Odontologia dedicou seus estudos e esforços principalmente às descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos. Os resultados de tal investimento ainda não têm seus reflexos na população idosa.

Na verdade, a meta da OMS ainda é um ideal não realizado. Para a faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam apresentar, pelo menos, vinte dentes em condições funcionais. O aumento da idade foi acompanhado pelo aumento do CPOD e do percentual de dentes perdidos por cárie. O CPOD médio foi um pouco menor para os grupos de terceira idade independentes, quando comparados com idosos institucionalizados.

Quanto ao uso de prótese total, os resultados dos estudos analisados mostraram que essa é mais utilizada no arco superior que no arco inferior. Os autores destacaram que em trabalhos internacionais há uma preocupação com a prevalência da cárie radicular. Outro dado neles levantados diz respeito ao número de dentes extraídos. Tal número é inferior aos dados brasileiros.

Por fim, Colussi e Freitas concluem, em seu estudo, que é necessária uma maior padronização na elaboração, execução, apresentação e análise dos resultados de inquéritos epidemiológicos sobre a saúde bucal de idosos. Apesar disso, os resultados até agora obtidos confirmam as precárias condições de saúde bucal em que se encontra a população idosa do Brasil, onde o CPOD variou de 26,8 a 31,0, com 84% do componente extraído.

A situação de saúde bucal do idoso brasileiro é pobre, o que é observável tanto nos estudos aqui apresentados como no pequeno número de programas voltados para tais grupos populacionais. Neste contexto, a educação poderia ser a ferramenta para a conscientização da necessidade e da importância da saúde bucal na vida diária dos idosos através do autocuidado. Além disso, entender como eles percebem sua condição bucal é essencial na construção de programas de saúde pública; pois mesmo em países desenvolvidos, a baixa procura pelos serviços é a não autopercepção de sua necessidade (SILVA E FERNANDES, 2001).

Os objetivos deste trabalho foram estabelecidos com base nessas idéias e dados. Busca-se aqui conhecer e compreender a realidade das condições bucais e da autopercepção em saúde bucal dos idosos de uma parte de população gaúcha.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo geral**

Estudar a autopercepção das condições de saúde bucal do grupo etário de 65-74 anos da Região da Serra/RS.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Descrever a frequência do edentulismo, do uso e da necessidade de prótese total.

Investigar a autopercepção em saúde bucal e sua relação com variáveis sociodemográficas, como sexo, renda e escolaridade.

Investigar a autopercepção em saúde bucal e sua relação com variáveis clínicas, como CPO-D, número de dentes presentes na boca, uso de prótese total e necessidade de prótese total.

Investigar a autopercepção em saúde bucal e sua relação com a variável sintomatológica dor.

## **1.4 METODOLOGIA**

### **1.4.1 Delineamento**

Este estudo é do tipo observacional de corte transversal. Os dados epidemiológicos utilizados são secundários do levantamento das condições de saúde bucal da população do Rio Grande do Sul, realizado entre 2001 e 2002, pela Secretaria de Saúde do Estado. Estes dados coletados pela SES, que serão utilizados no presente estudo, fazem parte do Projeto SBBrasil-Levantamento das condições de Saúde Bucal da População Brasileira, entre 2001 e 2003.

### **1.4.2 Aspectos éticos**

Os dados utilizados no presente estudo são oriundos do Projeto SBBrasil, realizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde do RS. Para a coleta de dados do Projeto SBBrasil, por se tratar de pesquisa envolvendo o exame bucal de seres humanos, foi utilizado consentimento livre e esclarecido, conforme resolução do CNS 196/96 (Ministério da Saúde,1999). O termo de consentimento foi exigido de todos os participantes da amostra ou de seus responsáveis. O projeto também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Institucional. Esse trabalho foi, também, submetido ao Comitê de Ética desta Universidade.

#### **1.4.3 População alvo**

A população alvo deste estudo é o grupo de habitantes da região da Serra/ RS, na faixa etária de 65-74 anos. A Tabela 1 apresenta os municípios integrantes da amostra e suas respectivas populações (segundo dados do censo de 2000, IBGE).

#### **1.4.4 Plano amostral**

Foi adotado um processo de amostragem por conglomerados, em múltiplos estágios, que resultou em amostras do tipo probabilísticas. Para a produção de inferência, garantindo a

representatividade, o Estado compôs uma amostra que contemplasse os sete pólos regionais. A fonte utilizada para os cálculos do tamanho da amostra origina-se do IBGE (1996).

Primeiramente foi utilizada a fórmula de cálculo de tamanho de amostra aleatória simples, para um nível de confiança de 95%.

$$n_0 = 1/e^2$$

$$n = Nn_0 / N + n_0$$

onde:  $e^2$ , erro amostral /  $N$ , tamanho da população

Restando um erro amostral de 10%, o tamanho da amostra calculada foi de 82 municípios.

#### 1.4.4.1 Pré-estratificação

A primeira pré-estratificação foi separar os municípios em 7 pólos regionais: Região Centro-Oeste, Região da Serra, Região dos Vales, Região Metropolitana, Região Missioneira, Região Norte e Região Sul.

A segunda estratificação foi separar as unidades amostrais, os municípios, segundo o porte, em 4 categorias: até 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000

habitantes e mais de 50.000 habitantes. Essa categorização não levou em conta a estrutura atual dos municípios, sua força econômica e área geográfica.

O critério de distribuição proporcional foi adotado para definir o número de municípios integrantes de cada pólo regional. Após os arredondamentos, chegou-se a um tamanho de amostra de 95 municípios. (Anexo A)

#### 1.4.4.2 Sorteio dos municípios (unidades amostrais primárias-UAP)

Vinte e um municípios do Estado do Rio Grande do Sul já faziam parte da amostra da Região Sul para o projeto SBBrasil. Utilizando metodologia semelhante, além destes 21 municípios foram acrescentados mais 74, selecionados aleatoriamente mediante o uso da tabela de números aleatórios, totalizando os 95 municípios que compuseram a amostra do levantamento estadual.

#### 1.4.4.3 Idades índices e grupos etários

O terceiro e último critério de pré-estratificação foi a idade. Os grupos etários seguem as orientações da 4ª edição do manual da OMS (1997), a saber: 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

Neste trabalho serão utilizados dados secundários contendo informações sobre o grupo etário de 65 a 74 anos.

Nas últimas décadas, esse grupo etário passou a ser foco de atenção dos gestores públicos em função do aumento significativo desta fatia na população. Os dados deste grupo são necessários tanto para o planejamento adequado das políticas de saúde voltadas para os idosos bem como para o monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados à população.

#### 1.4.5 Tamanho da amostra

Para a amostra do SB/RS, foi utilizada a fórmula de cálculo do tamanho da amostra aleatória simples para calcular o número de indivíduos que compuseram a amostra de cada município selecionado no primeiro estágio.

$$n_0 = \frac{z^2 p q}{e^2}$$

$$n = \frac{N n_0}{N + n_0}$$

Onde:

$z^2$  : é o nível de confiança (95%)

$e^2$ : erro amostral (4%)

p: presença de cárie aos 12 anos (0,762)

q: ausência de cárie aos 12 anos (0,238)

Adotou-se o seguinte critério a fim de garantir representatividade dentro de cada estrato de idade/ faixa-etária:



- para municípios com mais de 200 mil habitantes, multiplicou-se por 2 o tamanho da amostra;
- para municípios de 50 mil a 200 mil habitantes, multiplicou-se por 0,5 o tamanho da amostra;
- para municípios de 10 mil a 50 mil habitantes, multiplicou-se por 0,1 o tamanho da amostra;
- para municípios até 10 mil habitantes não houve correção, pois utilizou-se um erro amostral de 4%, o que resultou em tamanhos de amostras consideráveis.

O total de indivíduos que compuseram a amostra está descrito na Tabela 2.

#### 1.4.6 Coleta de dados

A coleta de dados se deu a domicílio e nas campanhas de vacinação para idosos. Consistia de uma entrevista estruturada com questões sobre informações gerais do indivíduo, além de perguntas fechadas sobre a avaliação sócio-econômica, acesso aos serviços odontológicos e a autopercepção em saúde bucal (Anexos B e C). A escolha das residências que participariam do censo deu-se através de pesquisa domiciliar por conglomerados.

Nos municípios do 1º, 2º 3º estratos, as UAS (Unidades Amostrais Secundárias) foram quadras para a área urbana e vilas para área rural. Nos municípios do 4º estrato as quadras e vilas foram numeradas e sorteadas para reduzir o percurso das equipes de campo.<sup>2</sup>

Um aspecto muito importante foi a adoção da regra de não substituição dos domicílios e elementos amostrais sorteados. Para controlar a taxa de não resposta, recomendou-se o

---

<sup>2</sup> Para informações completas sobre o trabalho de pesquisa de campo e a metodologia usada, sugere-se consultar o Manual do Coordenador SB2000

retorno pelo menos duas vezes ao domicílio sorteado para a realização dos exames nos elementos amostrais.

As atividades de campo iniciaram com a realização de uma reunião com as lideranças comunitárias para explicar a finalidade da pesquisa, os procedimentos técnicos e os benefícios para a saúde pública.

Medidas de divulgação pública em meios de comunicação foram planejadas para reduzir a possibilidade de recusas ou desconhecimento da pesquisa.

A inclusão, no levantamento, das necessidades de prótese na população atendeu a três indicações:

- segue a orientação da OMS para levantamentos epidemiológicos
- permite a comparação histórica
- atende as necessidades de planejamento específicas desta área.

#### 1.4.6.1 As variáveis

A situação quanto às próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar de próteses. As observações ao exame levaram em conta os seguintes códigos e critérios:

##### Uso

**0** = não usa prótese dentária

**1** = usa uma ponte fixa

- 2 = usa mais do que uma ponte fixa
- 3 = usa prótese parcial removível
- 4 = usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
- 5 = usa prótese dentária total
- 9 = sem informação

### Necessidade

- 0 = não necessita prótese dentária
- 1 = necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento
- 2 = necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento
- 3 = necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento e assim por diante
- 4 = necessita de prótese dentária total
- 9 = sem informação.

O princípio que regeu a tomada de decisão é a ausência de dente (natural ou artificial).

Não se fez qualquer consideração relativa à qualidade da prótese ou à condição funcional.

Quanto às questões de ordem geral, no questionário, as perguntas incluíam:

- idade - preenchida sempre com duas caselas;
- sexo - foram utilizados os códigos 1, para o sexo masculino e 2, para o sexo feminino;
- grupo étnico - utilizou-se a classificação do IBGE: A(amarelo), B (branco), N (negro), P (pardo), I (indígena) e 9 (sem registro);
- localização geográfica – foram utilizados os códigos 1, para localização urbana e 2, para localização rural;

- escolaridade – caselas preenchidas relativamente ao número de anos de estudo do indivíduo examinado, ou seja, conforme a série e o grau que a pessoa está frequentando ou havia frequentado;
- renda - foi utilizada a renda mensal individual, convertida em salário mínimo vigente no período da pesquisa.

Quanto às questões de autopercepção utilizadas por este trabalho, as perguntas foram:

- Como classificaria sua saúde bucal?
- Como classificaria sua mastigação?
- Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?
- Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?

Para responder essas quatro perguntas, as categorias e os códigos eram:

- 0- Não sabe/ não informou
- 1- Péssima
- 2- Ruim
- 3- Regular
- 4- Boa
- 5- Ótimo

Outro questionamento, com suas respectivas categorias e códigos de respostas foi: De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

- 0- Não sabe/ não informou
- 1- Não afeta
- 2- Afeta pouco
- 3- Afeta mais ou menos
- 4- Afeta muito

#### **1.4.7 Calibração das equipes de campo**

As equipes eram compostas de examinadores, anotadores e monitores. Os anotadores e monitores realizaram uma atividade específica capacitando-os a exercerem suas funções e orientando-os sobre suas competências.

Para assegurar um grau aceitável de uniformidade, nos procedimentos de coleta de dados, os CDs foram treinados em 5 encontros de 4 horas de trabalho, contemplando os aspectos teóricos e práticos dos índices a serem utilizados. O Ministério da Saúde distribuiu um manual para o cálculo de concordância inter-examinadores o qual serviu de base para a operacionalização da calibração e foi utilizado por todas as equipes.

Foi realizado um estudo piloto preliminar para avaliação das técnicas amostrais propostas pelo projeto, dos instrumentos de coleta, do processo de treinamento e calibração das equipes, da possibilidade de aferir dados na população adulta relativos à auto-percepção sobre saúde bucal e caracterização sócio-econômica, bem como do funcionamento dos aplicativos que foram utilizados no levantamento. Os dois municípios que compuseram o projeto piloto foram: Diadema (SP) e Canela (RS).

#### **1.4.8 Instrumentos utilizados**

Os instrumentos utilizados para os exames foram: espelho bucal plano com cabo nº 5, sonda da OMS para levantamentos epidemiológicos, caixa metálica e pinça para instrumentos. Os exames foram realizados sob luz natural, com o examinador e o examinado sentados,

observando-se as normas de biossegurança, uso de caixa plástica para material contaminado, solução de glutaraldeído a 2%, luvas descartáveis, álcool, máscaras descartáveis, avental descartável, gaze, papel toalha, escova de mão, sabão de coco e espátula de madeira.

#### **1.4.9 Análise dos dados**

Para testar possíveis associações entre as variáveis sociodemográficas, clínico-sintomatológicas e de autopercepção em saúde bucal se utilizará o teste do Qui-quadrado para a associação. Conhecidas as associações, selecionar-se-ão as variáveis que entrarão no modelo de regressão logística. O programa estatístico utilizado será o SPSS, versão 10.

#### **1.5 ORÇAMENTO**

Este estudo utilizará os seguintes recursos materiais:

- Material de escritório (folhas A4, tinta para impressora, etc.)
- Xerox de artigos científicos, livros, etc.

Este trabalho será custeado pela própria pesquisadora.

#### **1.6 CRONOGRAMA (2003-2004-2005)**

	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	
CONTATO SES/RS		X	X																	
REVISÃO DE LITERATURA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
APRESENTAÇÃO PRÉ-PROJETO				X																
ANÁLISE DOS DADOS					X	X	X													
DESCRIÇÃO DOS DADOS									X	X	X	X								
REDAÇÃO FINAL													X	X	X					
APRESENTAÇÃO																X	X	X		
REDAÇÃO DO ARTIGO																X				X

## 1.7 REFERÊNCIAS

ATCHISON, K. A. et al. Comparison of Oral Health Ratings by Dentists and Dentate Elders.

**J Public Health Dent**, Los Angeles, v. 53, n.4, p.223-30, 1993.

BÊRNI, D. A. Como fazer monografias. In: BÊRNI, D.A (coordenador). **Técnicas de**

**Pesquisa em Economia- Transformando Curiosidade em Conhecimento**. São Paulo:

Saraiva, 2002. p.59-99.

BOTAZZO, C. Saúde Bucal e cidadania: transitando entre teoria e a prática. In: PEREIRA,

A.C. & Colaboradores. **Odontologia em Saúde Coletiva- Planejando Ações e Promovendo**

**Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.17-27.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil - 1988. 33. ed. São Paulo: Saraiva,

2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Ementa: Dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. 10 anos do CMS –1992/2002 [Conselho Municipal

de Saúde de Porto Alegre]. 2. ed. Porto Alegre: [s.ed.], 2003.

CAMPOS, E. P. A doença como expressão do processo de socialização. **Revista Brasileira**

**de Medicina Psicossomática**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.92-96, abr./maio/jun., 1997.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um

enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-33, mai/jun,

2003.



CHAVES, M. **Odontologia Social**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 5-13.

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, p. 1313-20, set./out. , 2002.

CRUZ, G.D. et al. Self-perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York City: a preliminary study. **Community Dent - Oral Epidemiology**, v.29, p.99-106, 2001.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Disponível em:  
<<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Promocao/cartas/declaracao%20de%20alma/20ata.htm>>. Acesso em: 26 ago 2004.

DOLAN, T. A. Identification of appropriate outcomes for an aging population. **Special Care in Dentistry**, Boston, v.13, n.1, p.35-39, 1993.

DOLAN, T.A. et al. Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, Munksgaard, v.26, p. 62-69, 1998.

DUBOS, R. Mirage of Health. In: BLACK, N. et al. **Health and Disease**. A Reander. Philadelphia: Open University Press, 1974, p 4-9.

FERRAZ, S.T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **RAP**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.49-69, mar./abr., 1998.

FLORES, E.M.T.L.; DREHMER, T.M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v.8, n.3, p.743-752, 2003.

FRARE, S. M. et al. Terceira Idade: Quais os problemas bucais existentes? **Revista da APCD**, São Paulo, v.51, n.6, p.573-77, nov/dez, 1997.

GILBERT, G.H. et al. Perceived need for dental care in dentate older adults. **Int Dent J**, v.44, n.2. p.47-51, 1994.

GIOVANELLA, L. Estado de Bem-Estar contemporâneo: políticas de contenção versus bases de sustentação. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.21, n.54, p.22-37, jan./abr., 2000.

GOLDIM, J.R., **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

HERÉDIA, 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.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B. **Tempos Vividos: identidade, memória e cultura do idoso**. Caxias do Sul/ RS, EDUCS, 2000.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O Envelhecimento da População Mundial: Um desafio Novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 200-10, 1987.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 700-1, 2003.

LOCKER, D. et al. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. **Community Dental Health**, Canadá, v.19, p.90-97, 2002.

\_\_\_\_\_; JOKOVIC, A. Three-years Changes in Self-perceived Oral Health Status in an Older Canadian Population. **J Dent Res.**, Canadá, v.76, n. 6. p.1292-97, junho 1997.

MARINHO, V. Definitions and determinants of health- their implications for public health and for dental health policies. **MSc in Dental Public Health**, London, January 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000**. Brasília: [s.ed.],1999.

\_\_\_\_\_; levantamentos epidemiológicos das condições bucais dos brasileiros, 1986, 1996 e 2000.

MOYSÉS, S. T., WATT, R. Promoção de Saúde Bucal- Definições. In: BUISCHI, Y.P. e colaboradores. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p.3-21.

NAIDOO, J.; WILLS, J. **Health Promotion- Foundations for Practice**. 3.ed. London: Baillière Tindall, 1996.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento Populacional: uma realidade Brasileira. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 211-24, 1987.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso - Retrospectiva histórica. **Estudo Interdisciplinar Envelhecimento**, Porto Alegre, v.3, p.149-58, 2001.

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.155-60, 1992.

SANDBERG, G. E., SUNDBERG, H. E., WIKBLAD, K. F. A controlled study of oral self-care and self - perceived oral health in type 2 diabetic patients. **Acta Odontol Scand**, Oslo, v. 59, p. 28-33, 2001.

SCAMBLER, G. Health and Illness Behaviour. In: SCAMBLER, G. **Sociology as applied to Medicine**. 4.ed. London: W.B.Saunders Company Ltd, 1997. p.35-45.

SILVA, S. R. C., FERNANDES, R. A. C. A autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.4, p. 349-55, 2001.

SUOMINEN-TAIPALE, A. L. et al. Self-reported health, treatment need and attendance among older adults in two areas of Finland. **Community Dental Health**, Helsinki, v.18, p.20-26, 2001.

SUSIN, C.; ROSING, C. K. **Praticando Odontologia Baseada em evidências**. Canoas: ULBRA, 1999.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.849-53, 2003.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n. 2, p.190-195, abr 2000.

VERAS, R P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformação e Conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 225-233, 1987.

VERED, Y.; SGAN-COHEN, H. Self-perceived and clinically diagnosed dental and periodontal health status among young adults and their implications for epidemiological surveys. **BMC Oral Health**, Israel, v.3, n.3, p.1-6, jul 2003.

YEWE-DYER, M. R. The definition of oral health. **British Dental Journal**. London, n.174, p.224-224, 1993.

## 1.8 ANEXOS

1.8.1 Anexo A- Distribuição do número de municípios por pólo regional e porte populacional- RS/2000

POLOS REGIONAIS	ATÉ 5000 HAB		DE 5001 A 10000HAB		DE 10001 A 50000HAB		MAIS DE 50000 HAB		TOTAL	
	RS	AMOSTRA	RS	AMOSTRA	RS	AMOSTRA	RS	AMOSTRA	RS	AMOSTRA
PORTO ALEGRE							1	1	1	1
CENTR-OESTE	19	4	7	2	13	3	7	2	46	11
REGIÃO DA SERRA	24	4	5	1	14	3	4	2	47	10
REGIÃO DOS VALES	28	5	8	2	19	4	3	1	58	12
METROPOLITANA	25	4	17	3	28	5	13	5	83	17
MISSIONEIRA	33	6	30	5	20	4	5	1	88	16
REGIÃO NORTE	66	11	33	6	17	3	3	1	119	21
REGIÃO SUL	2	1	10	2	9	2	4	2	25	7
<b>TOTAL</b>	<b>197</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>120</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>15</b>	<b>467</b>	<b>95</b>

Fonte:Manual do Coordenador- Levantamento das Condições de Saúde Bucal na População do RS, SES/RS.

### 1.8.2 Anexo B- Ficha de exame



Condições de Saúde Bucal da  
População Brasileira no Ano 2.000

# Ficha de Exame

ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO <input type="text"/>	ESTADO <input type="text"/>	MUNICÍPIO <input type="text"/>	FLÚOR <input type="text"/>	ANOS FLUORETAÇÃO <input type="text"/>
SETOR CENSITÁRIO <input type="text"/>		QUADRA / VILA <input type="text"/>	ESCOLA <input type="text"/>	EXAMINADOR <input type="text"/>

**INFORMAÇÕES GERAIS**

Idade em anos  Sexo  Grupo Étnico

Idade em meses (somente para bebês)  Localização Geográfica  Realização do Exame

<p><b>EDENTULISMO</b></p> <p>15-19, 35-44 e 65-74 anos</p> <p>USO DE PRÓTESE Sup <input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/></p> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE Sup <input type="checkbox"/> Inf <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ANORMALIDADES DENTOFACIAIS</b></p> <p><b>DAI</b> (12 e 15-19 anos)</p> <p>DENTIÇÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de I.C. e PM perdidos</p> <p>ESPAÇO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Apinhamento na região de incisivos    Espaçamento na região de incisivos    Diastema em milímetros    Desalinhamento maxilar anterior em mm    Desalinhamento mandibular anterior em mm</p> <p>OCCLUSÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Overjet maxilar anterior em mm    Overjet mandibular anterior em mm    Mordida aberta vertical anterior em mm    Relação molar ântero-posterior</p>
--	--

**FLUOROSE DENTÁRIA**

12 anos e 15-19 anos

**CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO**

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	36	37	38
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>DOENÇA PERIODONTAL</b></p> <p>AG (5 anos) <input type="checkbox"/></p>	<p>CPI</p> <p>12 anos <input type="checkbox"/> 17/16</p> <p>15-19 anos <input type="checkbox"/> 11</p> <p>35-44 anos <input type="checkbox"/> 26/27</p> <p>65-74 anos <input type="checkbox"/> 47/46    31    36/37</p>	<p><b>ALTERAÇÕES TECIDO MOLE</b></p> <p>PIP</p> <p>35-44 anos <input type="checkbox"/> 17/16</p> <p>65-74 anos <input type="checkbox"/> 11</p> <p><input type="checkbox"/> 26/27</p> <p>47/46    31    36/37</p> <p>Todos os grupos etários <input type="checkbox"/></p>
--	---	--

Fonte: Manual do Anotador- SBBrazil, MS.

## 1.8.3 Anexo C- Formulário



**Condições de Saúde Bucal da  
População Brasileira no Ano 2000**

## Formulário de avaliação sócioeconômica, acesso e autopercepção em saúde bucal

### CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA

① Número de pessoas

② Escolaridade (anos de estudo)

③ Estudante

 0 - Sim  
 1 - Não

④ Tipo de Escola

 0 - Não é estudante  
 1 - Pública  
 2 - Privada  
 3 - Outros

⑤ Moradia

 1 - Própria  
 2 - Própria em aquisição  
 3 - Alugada  
 4 - Cedida  
 5 - Outros

⑥ Número de cômodos da casa

⑦ Renda Familiar (em reais)

⑧ Renda Pessoal (em reais)

⑨ Posse de automóvel

 0 - Não possui  
 1 - Possui um automóvel  
 2 - Possui dois ou mais automóveis

### ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

⑩ Já foi ao dentista alguma vez na vida?

 0 - Sim  
 1 - Não

⑫ Onde?

 0 - Nunca foi ao dentista  
 1 - Serviço Público  
 2 - Serviço Privado Liberal  
 3 - Serviço Privado (planos e convênios)  
 4 - Serviço filantrópico  
 5 - Outros

⑭ Como avalia o atendimento?

 0 - Nunca foi ao dentista  
 1 - Péssimo  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Bom  
 5 - Ótimo

⑪ Há quanto tempo?

 0 - Nunca foi ao dentista  
 1 - Menos de 1 ano  
 2 - De 1 a 2 anos  
 3 - 3 ou mais anos

⑬ Por quê?

 0 - Nunca foi ao dentista  
 1 - Consulta de rotina/reparos/manutenção  
 2 - Dor  
 3 - Sangramento gengival  
 4 - Cavidades nos dentes  
 5 - Feridas, caroços ou manchas na boca  
 6 - Outros

⑮ Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?

 0 - Sim  
 1 - Não

⑯ Considera que necessita de tratamento atualmente?

 0 - Sim  
 1 - Não

### AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE BUCAL

⑰ Como classificaria sua saúde bucal?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Péssima  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Boa  
 5 - Ótima

⑲ Como classificaria sua mastigação?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Péssima  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Boa  
 5 - Ótima

⑳ De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Não afeta  
 2 - Afeta pouco  
 3 - Afeta mais ou menos  
 4 - Afeta muito

⑱ Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Péssima  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Boa  
 5 - Ótima

㉔ Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?

 0 - Não sabe / Não informou  
 1 - Péssima  
 2 - Ruim  
 3 - Regular  
 4 - Boa  
 5 - Ótima

㉕ O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?

 0 - Nenhuma Dor  
 1 - Pouca Dor  
 2 - Média Dor  
 3 - Muita Dor



## **2 RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Esta sessão apresenta a descrição das atividades realizadas no processamento das informações a partir do banco de dados fornecido pela SES/RS, referente ao Levantamento das Condições de Saúde Bucal na população do RS.

## **2.1 AJUSTE DO BANCO DE DADOS E DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO**

Como este estudo focaliza a faixa etária dos idosos da região da serra/ RS, as variáveis de interesse foram selecionadas a partir do banco de dados conforme descrito no projeto de pesquisa. Montou-se dessa forma, um banco específico para este estudo.

As parte descritiva e analítica dos dados foram analisadas. A partir do conhecimento da distribuição das frequências, as variáveis foram categorizadas e recodificadas, exceto a variável sexo (Tabela 3). Este procedimento possibilitou a realização do teste do Qui-quadrado e, posteriormente, da Regressão Multinomial.

Quanto à variável escolaridade, a média de tempo de estudo foi de quatro anos. Desta forma, utilizou-se esse valor para a categorização dessa variável, ou seja, quem estudou até quatro anos e quem estudou mais do que quatro anos.

Em relação à renda pessoal, essa apresentou uma moda de R\$200,00, razão para a escolha desse valor na sua categorização: quem ganhava até R\$200,00 (equivalente a um salário mínimo nacional vigente no período da pesquisa) e quem ganhava acima de R\$200,00.

A escolha das variáveis clínicas que seriam usadas neste estudo foi baseada no trabalho realizado por Gilbert et al. (1994), que observaram as pessoas percebendo suas necessidades

de tratamento a partir de sinais e sintomas específicos, como perda dentária e dor. Desta forma, utilizou-se o índice CPO-D, o total de dentes permanentes presentes, o uso e necessidade de prótese total e dor para averiguar possíveis associações com variáveis de autopercepção. Optou-se por trabalhar com prótese total por ser esta a condição mais freqüente nessa faixa etária (Gráficos 1 e 2).

Quanto ao índice CPO-D, o valor mais freqüente foi 32. Sendo assim, esta variável foi categorizada em: CPO-D de 0 a 31 e CPO-D 32.

A moda da variável número de dentes presentes encontrada foi 0 (zero). Desta forma, esta variável foi categorizada em: quem não apresenta nenhum dente (desdentados) e quem apresenta algum dente (variando de 0 a 32).

Em relação ao uso de prótese total, para a realização do teste de associação, esta variável foi categorizada em 3 níveis: não usa prótese total, usa somente prótese total superior e usa ambas as próteses totais superior e inferior. Da amostra, dois indivíduos usavam somente prótese total inferior, e na arcada superior, prótese removível. Com o objetivo de viabilizar os testes de associação, optou-se pela retirada destes sujeitos do banco de dados.

Da mesma forma procedeu-se com a variável necessidade de prótese total. Essa variável foi categorizada em 3 níveis: não necessita de prótese total, necessita da prótese total superior ou inferior e necessita de ambas.

A variável sintomatológica dor teve suas respostas categorizadas em dois níveis, quem relatou ter dor e quem relatou não ter dor nos últimos seis meses.

Quanto às variáveis de autopercepção relativas às classificações da saúde bucal, da aparência dos dentes e gengiva, da mastigação e da fala, elas foram categorizadas em três níveis, a saber: ruim ou péssima, regular e boa ou ótima, observando-se o critério de homogeneidade e distribuição da frequência. Da mesma forma procedeu-se com a variável de autopercepção da interferência da saúde bucal nos relacionamentos, sendo categorizada em três níveis: não afeta, afeta pouco e afeta muito.

Para os testes de associação foram retirados do banco de dados os indivíduos que não responderam ou não sabiam o que responder em cada pergunta do questionário; desta forma, alterando-se o número de indivíduos presente em cada desfecho.

## **2.2 ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS PRELIMINARES**

Para testar a relação entre as variáveis independentes e os desfechos, o teste do qui-quadrado foi utilizado. As variáveis que participariam do modelo de regressão logística multinomial foram selecionadas por intermédio da análise bivariada dos dados. Com o objetivo de obter as estimativas de *odds ratios* e intervalos de 95% de confiança (IC95%), utilizou-se a regressão logística multinomial. O critério para inclusão das variáveis no modelo logístico foi apresentar um nível de  $p < 0,20$ , como adotado por LOYOLA et al. (2002), MARTINS e BARRETO (2003), LACERDA et al. (2004). Feita a regressão, consideraram-se estatisticamente significativas as variáveis que permaneceram com  $p < 0,05$ . A análise dos dados foi feita utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 10.

### **2.2.1 Análise descritiva das variáveis estudadas**

### 2.2.1.1 As variáveis sócio-demográficas

A população estudada foi composta por 618 idosos, moradores de 11 municípios da Região da Serra/RS (Gráfico 3). Inicialmente, 629 indivíduos foram examinados e entrevistados, entretanto, 11 foram excluídos e considerados como perdas por apresentar informações incompletas. O plano amostral, inicialmente, previa 673 indivíduos. Finalizando-se a amostra com 618, obteve-se 91,83% do tamanho total da amostra.

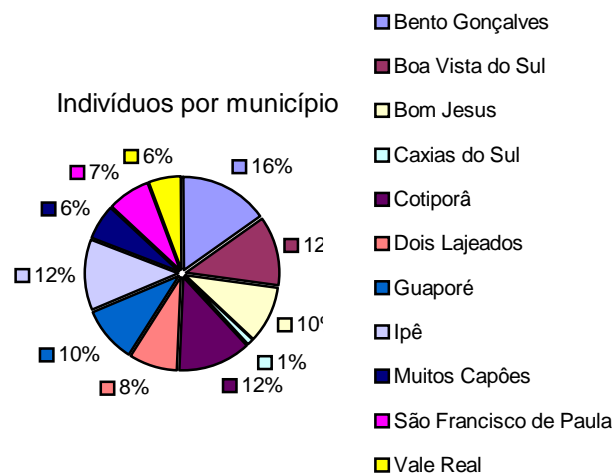


Gráfico 3- Distribuição dos idosos segundo os municípios pertencentes à amostra.

A média de idade dos indivíduos da amostra foi de 69,7 anos. Quanto ao sexo, dos 618 indivíduos da amostra, 263 eram do sexo masculino e 355 eram do sexo feminino (Gráfico 4).

Quanto à escolaridade, o número de anos estudados variou de 0 a 21, tendo uma média de quatro anos, pois 69,7% dos idosos estudaram até quatro anos.

### Distribuição da amostra quanto ao sexo

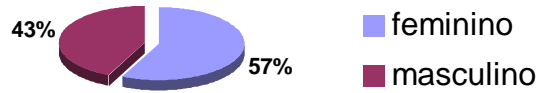


Gráfico 4- Distribuição dos idosos segundo o sexo

Em relação à renda pessoal, esta apresentou uma média de R\$260,95. 68,3% dos indivíduos relataram receber uma renda pessoal de até R\$200,00 ao mês, ou seja, de um salário mínimo.

#### 2.2.1.2 As variáveis clínicas

A média do índice CPO-D encontrada foi de 28,45; mas 32 foi o valor mais freqüente, contando com 55,8% dos indivíduos.

Quanto ao número de dentes presentes na boca, a média foi de 5,7. A moda encontrada foi 0 (zero), onde 51,9% dos indivíduos são desdentados. Os gráficos 1 e 2 apresentam em percentuais o uso de prótese total encontrada na amostra. Dos desdentados, 88,8% tiveram reposição com próteses totais, superior e inferior.

Em relação às necessidades de reposição protética, observou-se que a prótese total foi a maior necessidade para a arcada superior e a segunda maior necessidade para a arcada inferior (Gráficos 5 e 6).

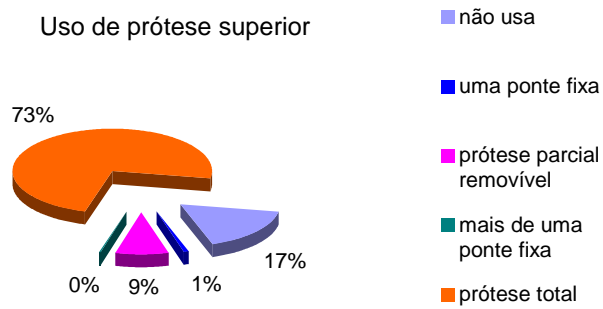


Gráfico 1- Frequências do uso de próteses superiores.

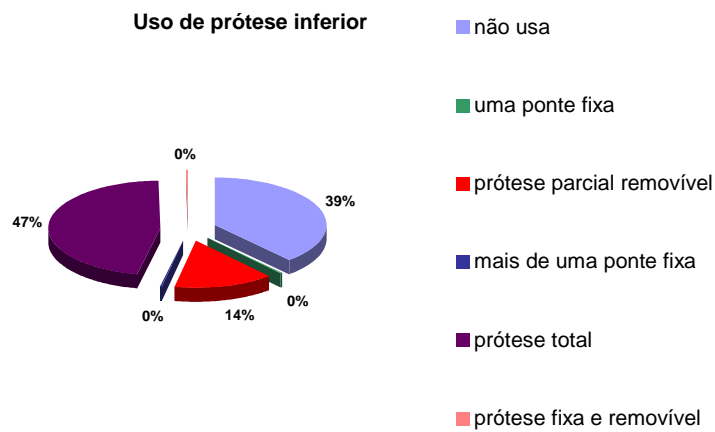


Gráfico 2- Frequências do uso de próteses inferiores.

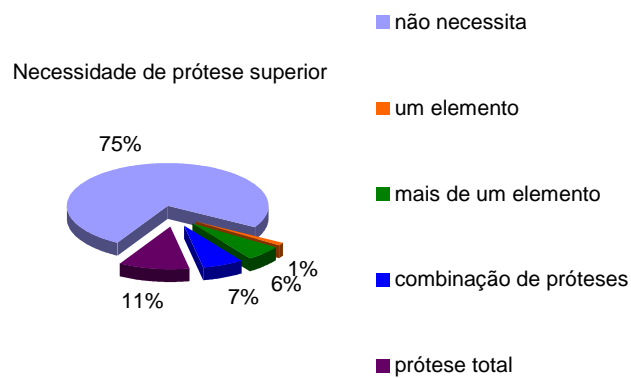


Gráfico 5- Frequência das necessidades de reposição com próteses superiores.

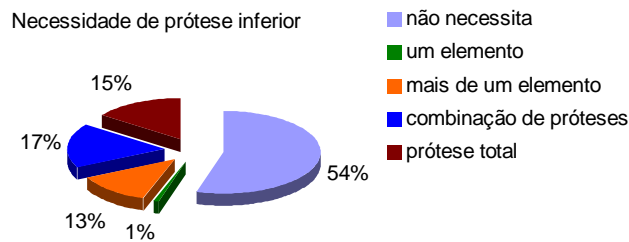


Gráfico 6- Frequência das necessidades de reposição com próteses inferiores

No que concerne ao relato de dor, 27,51% dos indivíduos relataram ter sentido dor nos últimos 6 meses.

#### 2.2.1.3 As variáveis de auto percepção- os desfechos

Apesar de um alto índice CPO-D, bem como do número de desdentados e portadores de próteses totais, a auto classificação de saúde bucal dos indivíduos, na sua maioria, foi boa ou ótima. Desta forma, quanto à auto classificação da saúde bucal, 46,73% dos indivíduos auto classificaram-na como boa ou ótima.

45,30% dos indivíduos auto classificaram a aparência dos dentes e gengivas como boa ou ótima. Em relação à auto classificação da qualidade mastigatória, 45,79% dos indivíduos auto classificaram-na como boa ou ótima.

A auto classificação da qualidade da fala relacionada aos dentes e gengivas apresentou 62,94% dos indivíduos auto classificando-a como boa ou ótima. Por fim, quanto à auto percepção da qualidade da saúde bucal interferindo nos relacionamentos sociais, 61,82%



dos indivíduos autopercebem que a qualidade de sua saúde bucal não afeta seus relacionamentos com outras pessoas.

Conhecidas as associações estatisticamente significativas, realizou-se a regressão logística multinomial, que é apresentada no artigo a seguir.

## 2.3 TABELAS

2.3.1 Tabela 1- Municípios que integraram a amostra e suas respectivas populações

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
BENTO GONÇALVES	91.486
BOA VISTA DO SUL	2.840
BOM JESUS	12.014
CAXIAS DO SUL	360.419
COTIPORÃ	4.093
DOIS LAJEADOS	3.224
GUAPORÉ	20.064
IPÊ	5.456
MUITOS CAPÕES	2.867
SÃO FRANCISCO DE PAULA	19.725
VALE REAL	4.340
<b>TOTAL</b>	<b>526.528</b>

Fonte: IBGE, censo 2000.

2.3.2 Tabela 2- Municípios e seus respectivos número de indivíduos que compuseram amostra

MUNICÍPIO	Nº INDIVÍDUOS
BENTO GONÇALVES	98
BOA VISTA DO SUL	74
BOM JESUS	60
CAXIAS DO SUL	6
COTIPORÃ	77
DOIS LAJEADOS	52
GUAPORÉ	60
IPÊ	76
MUITOS CAPÕES	38
SÃO FRANCISCO DE PAULA	45
VALE REAL	35
<b>TOTAL</b>	<b>618</b>

Fonte: Dados do Levantamento Gaúcho/SBBrasil, 2004.

2.3.3 Tabela 3- Variáveis de estudo e suas respectivas categorizações.

<b>Variáveis</b>	<b>Categorizações</b>
<b>Sócio-econômica-demográficas- independentes</b>	
sexo	masculino feminino
escolaridade	estudou até quatro anos estudou mais de quatro anos
renda pessoal	até R\$200,00 acima de R\$200,00
<b>Clínica-sintomatológicas- independentes</b>	
CPOD	de 0 a 31 32
presença de dentes na boca	desdentado dentado (de 1 a 32)
Uso de prótese total	não usa usa superior usa superior e inferior
Necessidade de prótese total	não necessita necessita de apenas uma delas necessita de ambas
relato de dor	teve dor não teve dor
<b>Autopercepção- dependentes</b>	
classificação da saúde bucal	ruim/péssima regular boa
classificação da aparência dos dentes e gengiva	ruim/péssima regular boa
classificação da matigação	ruim/péssima regular boa
classificação da fala	ruim/péssima regular boa
interferência da saúde bucal nos relacionamentos	não afeta afeta pouco afeta muito

**3 ARTIGO**

### 3.1 Resumo

**Introdução:** Com o aumento da proporção de idosos na população, cada vez mais é importante conhecer suas reais necessidades para a construção de programas voltados a melhoria das condições de vida. Neste cenário, inclui-se a saúde bucal, e sua autopercepção.

**Objetivo:** Estudar as condições de saúde bucal dos idosos da região da Serra/RS, bem como identificar a autopercepção em saúde bucal. **Métodos:** Estudo do tipo observacional de corte transversal. Utilizou dados secundários do levantamento das condições de saúde bucal da população do Rio Grande do Sul, que era parte integrante do levantamento nacional realizado entre 2001 e 2003. A amostra foi constituída de 618 indivíduos pertencentes à faixa etária de 65-74 anos. A coleta de dados incluiu exame bucal e questionário. **Resultados:** O exame clínico revelou que quase a metade dos idosos está desdentada e classificou sua saúde bucal como boa ou ótima. Em relação à presença de dor, 28,8% dos indivíduos relataram que sentiram dor nos seis meses que antecederam a entrevista. A dor permaneceu estatisticamente associada com a classificação da saúde bucal (OR= 2,3; IC95%: 1,24-4,44) e da mastigação (OR=1,9; IC95%: 1,07-3,24). A necessidade de prótese total permaneceu associada, após o ajuste, à classificação da aparência dos dentes e gengiva (OR=0,3; IC95%: 0,11-0,78), da mastigação (OR=0,2; IC95%: 0,09- 0,46) e da autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos (OR=3,4; IC95%: 1,47-7,75). A renda pessoal manteve associação, após o ajuste, com a classificação da fala (OR=4,5; IC95%: 1,34- 15,12). A escolaridade, após o ajuste, manteve associação com a autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos (OR=1,9; IC95%: 1,06-3,43). Conclui-se que a dor e a necessidade de prótese total têm forte relação com as questões de autopercepção em saúde bucal.

**PALAVRAS CHAVE:** Autopercepção, Saúde Bucal, Idosos.

### 3.2 Introdução

O envelhecimento da população é um processo mundial incluindo-se os países do Terceiro Mundo (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; CARVALHO e GARCIA, 2003). Resulta da urbanização das cidades, da melhoria nutricional das pessoas, da melhoria das condições sanitárias, da elevação dos níveis de higiene pessoal, do aperfeiçoamento das condições ambientais no trabalho e nas residências, assim como dos processos médico-tecnológicos.

No Brasil, esta transição demográfica ocorreu de forma rápida e com mudanças estruturais mais profundas do que aquelas experimentadas nos países do primeiro mundo, devido ao declínio da fecundidade ocorrer num ritmo mais rápido e originando-se de uma população mais jovem (CARVALHO e GARCIA, 2003).

Um dos resultados desta mudança no perfil demográfico é a crescente demanda por serviços de saúde (COSTA e VERAS, 2003), tornando-se um desafio para os governos e as comunidades. A avaliação da saúde, sob o olhar do modelo bio-médico que enfatiza presença ou ausência de doença, tem sido substituída, ao longo das últimas décadas, pelo modelo multidimensional, com ênfase no bem-estar físico, psicológico e social (LOCKER, 1992; OMS, 1945; DUBOS, 1974). Em 1974, Dubos estabelece que “pleno estado de bem-estar” significa o indivíduo possuir aptidão para desempenhar seu papel no grupo a que está inserido. Sendo assim, a saúde vista de forma intergral por definição, inclui a saúde bucal (CHAVES, 1986).

Dada a importância do caráter abrangente da saúde, o conhecimento da percepção de saúde dos indivíduos tem sido objeto de investigação de diferentes autores, com o propósito de fornecer subsídios para a formulação e avaliação dos programas de saúde voltados para os idosos (SUOMINEN-TAIPALE et al., 2001; STOLLER, MARSHA et al., 2004).

O processo de envelhecer traz consigo muitas mudanças em vários aspectos da vida dos indivíduos. No que concerne a saúde bucal, as alterações vão desde xerostomia e severas deficiências mastigatórias até alterações teciduais e perda total dos dentes (JITOMIRSKI, 2000). Nesta faixa etária, o edentulismo tem aparecido como condição clínica mais frequente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986 e 2003; ROSA, 1992; FRARE et al., 1997; COLUSSI e FREITAS, 2002 ).

Muitas dessas alterações clínicas, por questões culturais, são interpretadas pelos idosos como resultado natural do envelhecimento (SILVA e FERNANDES, 2001). O idoso percebe sua condição bucal usando critérios diferentes dos utilizados pelos profissionais, fazendo uso de sinais e sintomas específicos como os dolorosos (GILBERT, 1994; JOKOVIC e LOCKER, 1997; STEELE, 1997; LOCKER e GRUSKA, 1987), os que comprometem a mastigação (STRAUSS e HUNT, 1993) e os que interferem na aparência (STRAUSS e HUNT, 1993; LESTER e GIBBONS, 1998).

Sendo assim, há uma necessidade evidente de avaliação da saúde bucal para a formulação de programas direcionados aos idosos (SUOMINEN-TAIPALE et al., 2001). O objetivo deste estudo é investigar a relação entre variáveis sócio-demográficas, clínico-sintomatológicas e de autopercepção de saúde bucal em indivíduos pertencentes ao grupo

etário dos idosos da amostra dos municípios da Região da Serra/RS. Espera-se, com isso, fornecer subsídios para futuras estratégias em saúde nesta região.

### 3.3 Materiais e Método

Este estudo é do tipo observacional de corte transversal e utilizou dados secundários do levantamento das condições de saúde bucal da população do RS, coletados pela SES, como parte integrante do Projeto SBBrasil, entre 2001 e 2003. A amostra foi composta por 618 indivíduos pertencentes à faixa etária de 65- 74 anos, moradores da região da Serra/RS.

#### 3.3.1 Plano amostral

Na composição do tamanho da amostra do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População do RS foi adotado um processo de amostragem por conglomerados, em múltiplos estágios, que resultou em amostras do tipo probabilísticas. Primeiramente, foi utilizada a fórmula de cálculo de tamanho de amostra aleatória simples para um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 10%, cujo objetivo foi fixar o número de municípios que comporiam o estudo.

Com o propósito de garantir a representatividade, os municípios foram separados em sete pólos regionais: Região Centro-Oeste, Região da Serra, Região dos Vales, Região Metropolitana, Região Missioneira, Região Norte e Região Sul (Manual do Projeto SBBrasil, 2000, MS). Posteriormente, os municípios (unidades amostrais) foram separados segundo o porte em 4 categorias: até 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000 habitantes e mais de 50.000 habitantes. De cada categoria selecionou-se os municípios que



iriam participar do levantamento com o uso da tabela de números aleatórios. Como 21 municípios já faziam parte da amostra da Região Sul para o projeto SBBrasil, foram acrescentados mais 74, totalizando os 95 municípios que compuseram a amostra do levantamento estadual. Selecionados os municípios, estratificou-se a amostra por idade, conforme as orientações da 4ª edição do manual da OMS.

A coleta de dados do levantamento realizada pela SES foi feita nos domicílios e nas campanhas de vacinação para idosos. Consistia de um exame clínico e uma entrevista estruturada com questões sobre informações gerais do indivíduo além de perguntas fechadas sobre a avaliação sócio-econômica e a autopercepção em saúde bucal.

As equipes para a coleta de dados eram compostas por examinadores, cirurgiões-dentistas, anotadores e monitores. Os examinadores foram treinados em 5 encontros de 4 horas de trabalho contendo os aspectos teóricos e práticos dos índices utilizados, preconizados pela OMS. O Ministério da Saúde recomendava adotar como técnica de calibração a comparação com um examinador padrão.

Quanto às considerações éticas, esse trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia/UFRGS.

### 3.3.2 Variáveis do estudo

As variáveis sócio-demográficas deste estudo foram compostas por sexo, anos de escolaridade e renda pessoal mensal. Levando-se em consideração a distribuição, a variável anos de escolaridade foi categorizada em quem estudou até quatro anos e quem estudou mais

de quatro anos, e a renda pessoal foi categorizada em quem recebia até R\$ 200,00 reais por mês e quem recebia mais de R\$200,00 no período da entrevista. Este valor equivalia ao salário mínimo nacional vigente no período da coleta dos dados.

As variáveis clínico-sintomatológicas foram índice CPOD, número de dentes presentes na boca, uso de prótese total, necessidade de prótese total e relato de dor nos últimos 6 meses que antecederam a entrevista. Optou-se por trabalhar com prótese total por ser esta a condição mais freqüente nessa faixa etária.

A variável CPOD ficou com duas categorias, de 0 a 31 e 32. O número de dentes presentes ficou categorizado em desdentados (nenhum dente presente) e dentados ( de 0 a 32 dentes presentes). O uso de prótese total apresentou três categorias, não usa prótese total, usa somente prótese total superior e usa ambas (superior e inferior). Foram excluídos os indivíduos que usavam somente a prótese total inferior, totalizando 2 indivíduos nessa condição. Quanto à necessidade de prótese total, a variável foi categorizada em, não precisa de prótese total, precisa de somente uma e precisa das duas, superior e inferior. Em relação ao relato de dor, a variável foi categorizada em quem relatou ter dor e quem não relatou ter dor nos seis meses que antecederam a entrevista.

Neste trabalho, as variáveis relacionadas à autopercepção foram os desfechos como segue: autoclassificação da saúde bucal, autoclassificação da aparência dos dentes e gengiva, autoclassificação da mastigação, autoclassificação da fala devido aos dentes e gengiva e o quanto a saúde bucal interfere nos relacionamentos. Os quatro primeiros desfechos foram categorizados em: péssima ou ruim, regular e boa ou ótima. O desfecho que trata da

interferência da saúde bucal nos relacionamentos foi categorizado em não afeta, afeta pouco e afeta muito.

### 3.3.3 Análise dos dados

Para testar a relação entre as variáveis independentes e os desfechos, utilizou-se o teste do qui-quadrado. Por intermédio da análise bivariada dos dados, selecionou-se as variáveis que participariam do modelo de regressão logística multinomial, com o objetivo de obter as estimativas de *odds ratios* e intervalos de 95% de confiança (IC95%). O critério para inclusão das variáveis no modelo logístico foi apresentar um nível de  $p < 0,20$ , como adotado por LOYOLA et al (2002), MARTINS e BARRETO (2003), LACERDA et al (2004). Feita a regressão, considerou-se estatisticamente significativas as variáveis que permaneceram com  $p < 0,05$ . A análise dos dados foi feita utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 10.

A categoria de referência para as variáveis de autopercepção foi a autoclassificação em boa ou ótima, com exceção da variável de autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos, em que se utilizou a categoria afeta muito.

## 3.4 Resultados

Dos 618 idosos que compuseram a amostra, 57% eram mulheres. Observou-se que entre homens e mulheres não houve diferenças em suas autopercepções sobre saúde bucal. Quanto à escolaridade, 69,7% dos idosos estudaram até quatro anos; e em relação à renda, 68,3% dos indivíduos recebiam uma renda pessoal de até um salário mínimo mensal.

A média do índice CPOD foi de 28,4, em que 55,8% da amostra apresentou um CPOD igual a 32. Do total de sujeitos investigados, 51,9% são desdentados; e 88,8% tiveram reposição com próteses totais, superior e/ou inferior. Em relação às necessidades de reposição protética, observou-se que a prótese total foi a maior necessidade para arcada superior e a segunda maior necessidade para arcada inferior. 28,8% dos indivíduos disseram que sentiram dor nos últimos seis meses que antecederam a entrevista.

Em relação a autopercepção em saúde bucal, 46,7% dos idosos a autoclassificaram como boa ou ótima. As variáveis renda pessoal, CPOD, presença de dentes e uso de prótese total, quando ajustadas, deixaram de ter significância em relação à autoclassificação de saúde bucal. A única variável que manteve significância foi a dor. Os indivíduos da amostra que relataram dor nos últimos seis meses que antecederam a entrevista apresentaram 2,3 vezes mais chance de autoclassificar sua saúde bucal como ruim ou péssima, quando comparados àqueles que não tiveram dor e autoclassificaram sua saúde bucal como boa ou ótima (IC95%: 1,24-4,44) (Tabela 4).

No que tange à classificação da aparência dos dentes e gengiva, 45,3% dos indivíduos a autoclassificaram como boa ou ótima. A renda pessoal, CPOD, número de dentes presentes, uso de prótese total e dor deixaram de apresentar significância estatística após o ajuste. Não necessitar de prótese total (OR=0,3; IC%: 0,11-0,78) apareceu como fator de proteção, ou seja, quem não necessita de prótese total está 71% mais protegido de autoclassificar a aparência dos seus dentes e gengiva como péssima ou ruim quando comparado àquele que a autoclassificou como boa ou ótima e necessita de prótese total (Tabela 4).

Quanto à autoclassificação da mastigação, 45,8% dos indivíduos a classificaram como boa ou ótima. Não necessitar de prótese total apareceu como fator de proteção (OR=0,2; IC95%: 0,09-0,46). Quem não tem necessidade de prótese total tem uma chance de 80% de estar protegido de autoclassificar sua mastigação como péssima ou ruim quando comparado àquele que se autoclassificou como boa ou ótima e necessita de prótese. O relato de dor manteve significância, após o ajuste. Quem teve dor apresentou 1,8 vezes mais chance de autoclassificar sua mastigação como péssima ou ruim quando comparado com aqueles que não tiveram dor e autoclassificaram sua mastigação como boa ou ótima (Tabela 4).

A maior parte dos indivíduos classificou a sua fala como boa ou ótima. Quem recebia até um salário mínimo mensal, após o ajuste, apresentou 4,5 vezes mais chance de autoclassificar sua fala como ruim ou péssima, quando comparado àqueles que recebiam mais que esse valor e autoclassificaram sua fala como boa ou ótima. A variável necessidade de prótese total não permaneceu associada à autoclassificação da fala dos indivíduos após o ajuste (Tabela 4).

No desfecho autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos, 61,8% dos indivíduos autopercebem que a qualidade de sua saúde bucal não afeta seus relacionamentos. Após o ajuste, a escolaridade e a necessidade de prótese total mantiveram significância estatística. Quem estudou até quatro anos, apresentou 1,9 vezes mais chance de dizer que sua saúde bucal não afeta nos seus relacionamentos, quando comparados àqueles que estudaram mais de quatro anos e percebem que sua saúde bucal afeta muito seus relacionamentos. Da mesma forma, aqueles que não necessitam de prótese total apresentam 3,4 vezes mais chance de perceberem que sua saúde bucal não afeta seus relacionamentos

quando comparados àqueles que necessitam de ambas próteses e percebem que sua saúde bucal afeta muito nos relacionamentos (Tabela 5).

### **3.5 Discussão**

Os resultados deste estudo chamam a atenção para a importância do relato de dor na autoavaliação da saúde bucal e da mastigação. Achado semelhante ao do estudo de Chavers, Gilbert e Shelton (2003), que encontraram associação entre dificuldade mastigatória e dor, numa amostra de adultos com 45 anos ou mais, na Flórida.

A dor é um sintoma comum das desordens bucais e tem um papel importante no impacto negativo sobre vários aspectos da vida diária, alterando sua qualidade, como observado por Locker e Gruska (1987). Estudando indivíduos pertencentes a várias faixas etárias, moradores da cidade de Toronto, os mesmos autores relataram que a sintomatologia dolorosa causava um impacto comportamental autopercebido de evitar certos tipos de alimentos.

Gilbert et al. (1994) argumentam que os sintomas dolorosos que interferem nas atividades diárias são mais facilmente reconhecidos e significativamente associados à autopercepção. Adultos e idosos tailandeses percebiam que os sintomas dolorosos eram os responsáveis pelas alterações em vários aspectos da vida diária (Adulyanon, Vourapeikjaru, Sheiham, 1996; Srisilapanan e Sheiham, 2001). Da mesma forma, Steele et al. (1997), estudando adultos americanos de 60 anos ou mais, descobriram que ausência de dor também contribui diretamente para uma melhor autopercepção de saúde bucal.

Além da sintomatologia dolorosa, a variável clínica necessidade de prótese total mostrou associação com alguns aspectos da autopercepção de saúde bucal. Não necessitar de prótese total superior ou inferior apareceu como fator de proteção na autoclassificação da aparência dos dentes e gengiva e da mastigação, e como indicador da não interferência da saúde bucal nos relacionamentos sociais. Estes achados estão em concordância com o estudo de Jokovic e Locker (1997), que encontraram associação entre a necessidade de tratamento protético e insatisfação com a aparência dos dentes.

Para Strauss e Hunt (1993), e Atchison e Dolan (1993), não necessitar de reposição protética, tendo os dentes presentes na boca, atua positivamente na autopercepção da aparência e da mastigação, havendo menos impacto na qualidade de vida diária devido às condições bucais.

Outras variáveis que mostraram associação com questões de autopercepção de saúde bucal foram as sócio-demográficas renda e educação. Indivíduos com melhor situação econômica e educacional apresentam melhor autopercepção, com menos impacto das condições de saúde bucal na vida diária (ATCHISON e DOLAN, 1990).

Para os idosos da presente investigação, ter uma renda inferior ao salário mínimo foi um indicador de uma pior autoclassificação da fala. Locker (1991) argumenta que grupos de baixa renda experimentam mais impactos negativos, em relação a sua saúde bucal, provavelmente devido a maior exposição a situações estressantes, tornando-os mais vulneráveis aos efeitos das desordens bucais, como por exemplo, na interação comunicativa e social.

Estudar menos que quatro anos apareceu como indicador de uma não percepção da interferência da saúde bucal nos relacionamentos sociais. Talvez isto ocorra porque indivíduos com menor nível educacional percebam menos suas necessidades bucais (REISINE e BAILIT, 1980).

Apesar dos sujeitos desta amostra apresentarem alta prevalência de edentulismo e de uso de próteses totais, bem como na sua maioria ter baixa renda e baixo nível educacional, eles se autopercebem positivamente em relação as suas condições de saúde bucal. Esta aparente incoerência deve-se, possivelmente, a condições culturais e comportamentais, em que estar desdentado e ter desconforto bucal são características peculiares ao processo de envelhecimento, internalizadas pelos idosos como destino certo e contra as quais não há nada a fazer (SILVA e FERNANDES, 2001).

Entretanto, conhecendo-se as necessidades deste grupo etário, bem como sua autopercepção em relação à saúde bucal, ao formular-se programas para os idosos é importante estabelecer estratégias que os incentive a aderirem aos tratamentos. Por intermédio da educação, é possível orientá-los para a importância do auto-cuidado, da realização de higiene bucal adequada, do uso dos serviços de saúde e da escolha de alimentos saudáveis.

Assim, para as futuras gerações de idosos, haverá menos necessidade de extrações múltiplas e uso de próteses totais, diminuindo os impactos negativos da saúde bucal na vida diária. Vered e Cohen (2003) enfatizam que através da educação pode-se transferir parte da responsabilidade pela saúde bucal, além dos serviços e profissionais, para os próprios indivíduos e sociedade. Da mesma forma, Fleetwood e Packa (1991) argumentam que sujeitos



que têm conhecimento dos fatores de risco, dos riscos pessoais e da confiança sobre o controle de sua própria saúde, têm uma tendência maior a comportarem-se de forma a promover sua própria saúde.

Tabela 4- Resultados da regressão logística multinomial, simples e múltipla para cada desfecho

Variável/ Categoria	OR bruto	p	IC 95%	OR ajustado	p	IC 95%
<b>Autoclassificação de saúde bucal</b>						
Escolaridade						
até 4 anos	1,527	0,244	0,75-3,11	1,108	0,791	0,52-2,36
mais de 4 anos	1			1		
Renda Pessoal						
até R\$200,00	2,102	<b>0,047</b>	1,01-4,37	1,639	0,206	0,76-3,52
acima de R\$200,00	1			1		
CPOD						
1 a 31	1,908	<b>0,035</b>	1,05-3,48	0,616	0,533	0,13-2,82
32	1			1		
Dentes presentes						
desdentado	0,458	<b>0,012</b>	0,25-0,84	0,328	0,28	0,04-2,48
dentado	1			1		
Uso de prótese total						
Não usa	3,303	<b>0,001</b>	1,68-6,48	1,611	0,605	0,26-9,82
usa somente superior	0,855	0,728	0,35-2,0767	0,494	0,439	0,08-2,95
usa ambas	1			1	0,439	
Necessidade de prótese						
não necessita	0,467	0,105	0,19-1,17	0,465	0,161	0,159-1,356
necessita de uma	0,238	0,094	0,044-1,277	0,374	0,293	0,06-2,34
necessita de ambas	1			1		
<b>Dor</b>						
teve dor	2,897	<b>0,001</b>	1,58-5,32	2,345	<b>0,009</b>	1,239-4,437
não teve dor	1			1		
<b>Autoclassificação da aparência dos dentes e gengiva</b>						
Renda Pessoal						
até R\$200,00	2,418	<b>0,013</b>	1,20-4,87	2,008	0,058	0,98-4,27
acima de R\$200,00	1			1		
CPOD						
1 a 31	2,131	<b>0,01</b>	1,20-3,78	0,559	0,381	0,152,05
32	1			1		
Dentes presentes						
desdentado	0,372	<b>0,001</b>	0,21-0,67	0,075	0,183	0,03-1,19
dentado	1			1		
Uso de prótese total						
Não usa	3,974	<b>0,001</b>	2,05-7,7	1,313	0,759	0,23-7,47
usa somente superior	1,206	0,646	0,54-2,69	0,457	0,369	0,08-2,52
usa ambas	1			1		
Necessidade de prótese						
não necessita	0,352	<b>0,018</b>	0,15-0,84	0,287	<b>0,016</b>	0,11-0,78
necessita de uma	0,27	0,078	0,06-1,16	0,308	0,157	0,06-,57
necessita de ambas	1			1		
Dor						
teve dor	1,775	0,058	0,98-3,21	1,394	0,295	0,75-2,59
não teve dor	1			1		
<b>Autoclassificação da mastigação</b>						
CPOD						
1 a 31	1,017	0,949	0,61-1,70	1,277	0,392	0,73-2,23
32	1			1		
Necessidade de prótese						
não necessita	0,217	<b>0,001</b>	0,10-0,47	0,203	<b>0,001</b>	0,09-0,46
necessita de uma	0,203	<b>0,015</b>	0,06-0,73	0,209	<b>0,018</b>	0,06+0,77
necessita de ambas	1			1		
<b>Dor</b>						
teve dor	1,989	<b>0,013</b>	1,15-3,42	1,859	<b>0,029</b>	1,07-3,24
não teve dor	1			1		
<b>Autoclassificação da fala</b>						
Renda Pessoal						
até R\$200,00	4,736	<b>0,012</b>	1,41-15,85	4,505	<b>0,015</b>	1,34-15,12
acima de R\$200,00	1			1		
Necessidade de prótese						
não necessita	0,236	<b>0,036</b>	0,11-0,93	0,363	0,06	0,17-1,04
necessita de uma	0,517	0,398	0,11-2,38	0,523	0,409	0,11-2,43
necessita de ambas	1			1		

Tabela 5

Resultados da regressão logística multinomial, simples e múltipla, tendo como desfecho a Autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos

Variável/ Categoria	OR bruto	p	IC 95%	OR ajustado	p	IC 95%
<b>Escolaridade</b>						
até 4 anos	1,915	<b>0,025</b>	1,08-3,38	1,906	<b>0,031</b>	1,06-3,43
mais de 4 anos	1			1		
<b>Uso de prótese total</b>						
Não usa	1,577	0,21	0,77-3,22	1,443	0,322	0,7-2,98
usa somente superior	1,365	0,369	0,69-2,69	1,243	0,577	0,58-2,66
usa ambas	1			1		
<b>Necessidade de prótese</b>						
não necessita	3,323	<b>0,003</b>	1,48-7,44	3,381	<b>0,004</b>	1,47-7,75
necessita de uma	2,583	0,121	0,78-8,56	2,538	0,173	0,66-9,68
necessita de ambas	1			1		
<b>Dor</b>						
teve dor	1,53	0,231	0,76-3,07	1,339	0,428	0,65-2,76
não teve dor	1			1		

## Agradecimentos

Agradecemos a SES/RS pelo fornecimento dos dados coletados durante o levantamento epidemiológico das condições bucais realizado no Estado, no período de 2001 a 2003.

## 3.6 Referências

ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. v. 24, p. 385-9, 1996.

ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A., Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**. v. 54, n. 11, p. 980-7, 1990.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-33, maio/jun. , 2003.

CHAVES, M. **Odontologia Social**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 5-13.

CHAVERS, L. S.; GILBERT, G. H; SHELTON, B. J. Two-year incidence of oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. v.31, p. 21-9, 2003.

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, p. 1313-20, set./out. , 2002.

DOLAN, T. A. Identification of appropriate outcomes for an aging population. **Special Care in Dentistry**, Boston, v.13, n.1, p.35-39, 1993.

DUBOS, R. Mirage of Health. In: BLACK, N. et al. **Health and Disease**. A Reander. Philadelphia: Open University Press, 1974, p 4-9.

FLEETWOOD, C. J; PACKA, D. R. Determinants of health-promoting behaviors in adults. **J Cardiovasc Nurs**. v.. 5, n. 2, p. 67-79, 1991.

FRARE, S. M. et al. Terceira Idade: Quais os problemas bucais existentes? **Revista da APCD**, São Paulo, v.51, n.6, p.573-77, nov/dez, 1997.

GILBERT, G. H. et al. Perceived need for dental care in dentate older adults. **Int Dent J**, v.44, n.2. p.47-51, 1994.

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.

JITOMIRSKI, F. Atenção a idosos. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2000.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **Journal of Public Health Dentistry**, v.57, n.1, p.40-7, 1997.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O Envelhecimento da População Mundial: Um desafio Novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 200-10, 1987.

LOCKER, D. The burden of oral disorders in a population of older adults. **City Dental Health**. v.9, p. 109-24, 1992.

LOCKER, D.; GRUSKA, M. The impact of dental and facial pain. **Journal Dental Research**. v.66, n.9, p.1414-17, 1987.

LOCKER, D. et al. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. **Community Dental Health**, Canadá, v.19, p.90-97, 2002.

\_\_\_\_\_; JOKOVIC, A. Three-years Changes in Self-perceived Oral Health Status in an Older Canadian Population. **J Dent Res.**, Canadá, v.76, n. 6. p.1292-97, junho, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; levantamentos epidemiológicos das condições bucais dos brasileiros, 1986, 1996 e 2000.

REISINE, S. T.; BAILIT, H. L. Clinical Oral health status and adult perceptions of oral health. **Soc Sci & Med.** V. 14 A, p. 597-605, 1980.

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.155-60, 1992.

SANDBERG, G. E., SUNDBERG, H. E., WIKBLAD, K. F. A controlled study of oral self-care and self-perceived oral health in type 2 diabetic patients. **Acta Odontol Scand**, Oslo, v. 59, p. 28-33, 2001.

SILVA, S. R. C., FERNANDES, R. A. C. A autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.4, p. 349-55, 2001.

SRISILAPANAN, P.; SHEIHAM, A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. **Gerodontology**. V. 18, n. 2, p. 102-8, 2001.

STEELE, J. G. et al. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, p. 143-9, 1997.

STOLLER, E. P. et al. Priorities for oral health goals in a sample of older adults. **Spec Care Dentist**. v.24, n. 4, p.220-28, 2004.

STRAUSS, R. P.; HUNT, R. J., Understanding the value of teeth to older adults. **JADA**. v. 124. p. 105-10, 1993.

SUOMINEN-TAIPALE, A. L. et al. Self-reported health, treatment need and attendance among older adults in two areas of Finland. **Community Dental Health**, Helsinki, v.18, p.20-26, 2001.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformação e Consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p. 225-233, 1987.

VERED, Y., SGAN-COHEN, H. Self-perceived and clinically diagnosed dental and periodontal health status among young adults and their implications for epidemiological surveys. **BMC Oral Health**, Israel, v.3, n.3, p.1-6, jul., 2003

#### **4 CONCLUSÃO GERAL DO TRABALHO**



#### 4 CONCLUSÃO GERAL DO TRABALHO

A principal conclusão do presente estudo é que os resultados mostram uma forte evidência da relação da dor com a autopercepção da saúde bucal e com a autoclassificação da mastigação.

Também foi possível concluir que:

- existe uma relação entre a autoclassificação da aparência dos dentes e gengiva e da mastigação com a necessidade de prótese total, em que não necessitar de prótese total aparece como fator de proteção. Os indivíduos que não necessitam de prótese total classificam melhor a aparência dos seus dentes e gengiva.

- a renda mensal influenciou negativamente a classificação da fala dos idosos.

- o baixo nível de escolaridade e a não necessidade de prótese total fazem com que os indivíduos percebam que a saúde bucal não interfere nos seus relacionamentos sociais.

Além disso, concluiu-se que:

- a maioria dos idosos recebia até um salário mínimo ao mês e estudou até quatro anos.

- cerca da metade dos indivíduos era desdentada, e na sua maioria, teve reposição dentária com próteses totais: superior e inferior.

- dos sujeitos que necessitavam de prótese total, observou-se que esta foi a maior necessidade para a arcada superior e a segunda maior necessidade para a arcada inferior.

- a média do CPOD foi de 28,45 e o número médio de dentes presentes na boca foi de 5,7.