



ORIGINAL

---

## O IMPACTO DO EDENTULISMO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

### *IMPACT OF EDENTULISM ON THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE*

Arnaldo de França CALDAS JÚNIOR<sup>1</sup>

Kátia Urbano CALDAS<sup>2</sup>

Márcia Rejane Martins de OLIVEIRA<sup>2</sup>

Adrijane Alves de AMORIM<sup>2</sup>

Paulo Marcelo de Freitas BARROS<sup>2</sup>

### RESUMO

#### **Objetivo**

O presente trabalho tem como objetivo determinar o impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos institucionalizados e não-institucionalizados da cidade do Recife, PE.

#### **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal, em que fizeram parte da amostra pessoas com 60 anos ou mais. Considerou-se, para a determinação do tamanho da amostra, o valor de 50% para a prevalência populacional do edentulismo. Adotando-se um nível de confiança de 95% e um erro de estimação de 5%, por meio do *software* Epi Info, determinou-se que a amostra seria constituída de 217 idosos, estratificados proporcionalmente, na primeira etapa, entre idosos institucionalizados e idosos não-institucionalizados. Na segunda etapa, cada grupo de idosos foi estratificado proporcionalmente ao número existente em cada abrigo (idosos institucionalizados) ou ao número pertencente ao grupo não-institucionalizado.

---

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. Prive Portal de Aldeia, km 13, Aldeia, 54783-010, Camaragibe, PE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.F. CALDAS JÚNIOR. E-mail:<arnaldocaldas@fop.upe.br>.

<sup>2</sup> Clínica Escola de Fonoaudiologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil.

## Resultados

Participaram do estudo 198 pessoas, sendo 117 (59,10%) do grupo não-institucionalizado. Houve uma perda de 8,76% da amostra ao final do estudo. Os dados foram coletados a partir do exame clínico por dois examinadores previamente calibrados. O percentual de edentulismo nos idosos institucionalizados foi 59,30% e, para os não-institucionalizados, 51,30%. Quando perguntado aos idosos dos dois grupos se algum problema com a boca, dentes ou prótese tinha causado impacto no desempenho diário nos últimos seis meses, 40,00% responderam que sim.

## Conclusão

Esses resultados denotam que existe uma importante prevalência de limitação da função entre os pesquisados, principalmente entre os institucionalizados, sendo necessária a implantação de uma política de promoção de saúde geral e bucal para os idosos.

**Termos de indexação:** edentulismo, assistência odontológica para idosos, saúde bucal, perda de dente.

## ABSTRACT

### Objective

*The purpose of this study was to determine the impact of edentulism on the quality of life of institutionalized and non-institutionalized elderly people in the city of Recife, Brazil.*

### Methods

*A cross-sectional study was made of individuals aged 60 years and over. To determine the size of the sample, a 50% prevalence of edentulism in the population was presumed. A confidence level of 95% and estimated error of 5% were adopted. The Epi Info program determined that a sample size of 217 elderly persons should be used proportionally stratified, in the first phase, between the institutionalized and the non-institutionalized. In the second phase, each group was proportionally stratified according to the number living in each old people's home and those not living in such institutions.*

### Results

*Altogether 198 individuals took part in the study, of whom 117 (59.10%) belonged to the non-institutionalized group. There was a loss of 8.76% of the sample at the end of the study. The data was collected by means of a clinical examination performed by two precalibrated examiners. The percentage of edentulism among the institutionalized elderly was 59.30% and amongst those non-institutionalized, it was 51.30%. When the individuals in both groups were asked whether any problems with their mouth, teeth or prosthesis over the past six months had impacted on their daily lives, 40.00% replied that they had.*

### Conclusion

*The results demonstrated a substantial prevalence of limitation of function among the study population, particularly amongst those resident in old people's homes, indicating the need to adopt strategies for promoting general and oral health, targeted at the elderly.*

**Indexing terms:** edentulism, dental care for aged, oral health, tooth loss.

## INTRODUÇÃO

Para algumas sociedades, o envelhecimento populacional é, atualmente, um dos grandes desafios. Esse envelhecimento representa uma preocupação especial com relação à prestação de serviços de saúde adequadas para garantir o bem-estar da população.

A expectativa de vida no Brasil teve um aumento expressivo, passando de 43,33 anos em 1950 para 68,60 anos em 2000<sup>1</sup>, demonstrando a necessidade de novas políticas de saúde direcionadas para essa faixa etária. No Brasil, o principal impacto no setor de saúde tem sido proporcionado pelo aumento absoluto e relativo de nossa população adulta e idosa<sup>2</sup>.

Segundo o IBGE<sup>3</sup>, a população residente no Brasil na faixa etária entre 60 e 69 anos é de 8 478 685, entre 70 e 79 anos é de 4 678 412 e com 80 anos ou mais é de 1 893 395.

Em relação à distribuição de idosos no mundo (acima de 60 anos), nos países desenvolvidos ela representa aproximadamente 15% a 18% da população. Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, 5% a 8% da população total. Essas diferenças entre países confirmam, de forma clara, as desigualdades sociais e econômicas ainda vigentes no mundo<sup>4</sup>. No Brasil, a população de idosos corresponde a 9% de sua população total.

No Nordeste, a população residente com 60 anos ou mais corresponde a 4 139 586 indivíduos, sendo que essa região apresentava no censo de 1980 o maior percentual de idosos: 4,35%, já no censo de 2000 passou a ter o terceiro maior percentual: 5,85%, ficando atrás das regiões Sul e Sudeste<sup>1,3</sup>. A percentagem de idosos não alfabetizados em Pernambuco entre 60 e 69 anos é de 46,92%; enquanto entre 70 e 79 anos, 54,53%, e após os 80 anos, 64,20%, comprovando a maior taxa de analfabetismo após os 80 anos.

Recife, PE, possui população total de 1 461 318, equivalendo a 17,90% da população pernambucana e apresentando um total de 134 873

idosos, que corresponde a 18,94% dos idosos de Pernambuco<sup>1</sup>.

Em Recife, como nas demais capitais da região Nordeste do Brasil, é grande o número de famílias de baixa renda, sendo que cerca de 40% apresentam renda familiar *per capita* inferior ou igual à metade de um salário mínimo. Segundo a prefeitura da cidade<sup>5</sup>, a metade da população estaria em situação de indigência, com renda mensal *per capita* inferior ou igual a um quarto de salário mínimo. Esse quadro se torna mais preocupante quando se analisa a saúde bucal em instituições que abrigam idosos, na maioria das vezes, não produtivos e, portanto, com limitações socioeconômicas.

Até a década de 60, a boa saúde bucal se baseava muitas vezes na exodontia dos elementos dentais. Depois, a odontologia investiu em procedimentos curativos e, no final do século XX, preocupava-se com a prevenção. Para o século XXI, saúde bucal não é apenas a concepção de dentes preservados, mas, sim, qualidade de vida. Ela proporciona maior longevidade às pessoas e, por conseguinte, a manutenção de maior número de dentes na boca. Quando se trata de pessoas com mais de 60 anos, esse fato ganha maior dimensão principalmente em função do aumento da expectativa de vida.

Complicações decorrentes da perda de dentes incluem insuficiência mastigatória, disfagia moderada, desordens de articulação e fala, perda de suporte facial com comprometimento estético e atrofia óssea alveolar e do osso basal dos maxilares<sup>6</sup>. Problemas médico-sistêmicos podem ser exacerbados quando limitações são colocadas na habilidade para mastigação ou para consumir uma dieta bem balanceada. Somando-se a isso, o aspecto psicológico e a qualidade de vida podem ser comprometidos quando a perda de dentes afeta a estética e a expressão facial, uma vez que os dentes são importantes para a comunicação interpessoal, para a habilidade de falar claramente e para a qualidade vocal.

Com o envelhecimento, há um decréscimo do nível de higiene bucal e um aumento da incidência

de doenças bucais. A diminuição da capacidade motora, a baixa auto-estima, a falta de estímulo para a realização da higiene bucal, o uso de drogas como anti-hipertensivos ou a incapacidade de realizar a sua higiene devido a doenças crônico-degenerativas tornam o idoso um indivíduo de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais, principalmente cáries e de doença periodontal<sup>7,8</sup>.

A cárie é vista como a causa principal das perdas dentais em jovens e idosos, contudo, um outro pensamento é que a principal razão para o edentulismo entre idosos seja a doença periodontal. No estudo de Caldas Jr et al<sup>4</sup>, realizado na cidade do Recife, a cárie foi a principal causa de perda dental em idosos, quando comparada com as perdas provocadas pela doença periodontal.

Alguns estudos<sup>4,6-8</sup> têm demonstrado que muitos idosos têm problemas de mastigação, dor, dificuldade de comer e problemas de relacionamento social por causa de distúrbios orais. De qualquer modo, não está claro se esses efeitos funcionais e psicossociais afetam o bem-estar psicológico e uma vida com satisfação. A atual realidade demonstra a necessidade de informações a respeito da saúde bucal do idoso e o impacto que essa causa na sua qualidade de vida.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto do edentulismo na qualidade de vida de um grupo de idosos institucionalizados e não-institucionalizados da Cidade do Recife, por meio de um estudo transversal.

## MÉTODOS

A população-alvo foi constituída de idosos da cidade do Recife, PE, provenientes dos abrigos Iêda Lucena, Porto Seguro, Associação Espírita Lar de Jesus, Associação Espírita Casa dos Humildes e Abrigo Espírita Batista de Carvalho, assistidos pela Legião Assistencial do Recife (LAR), além de grupos de idosos não-institucionalizados participantes dos projetos para terceira idade promovidos também pela LAR.

A amostra foi dimensionada para representar a população-alvo, constituída dos 183 idosos acima de 60 anos de cinco abrigos e dos 315 idosos dos seis grupos não-institucionalizados, perfazendo um total de 498 pessoas acima de 60 anos. O tamanho global da amostra foi determinado sob os princípios da amostragem casual simples, considerando como mais importante a variável edentulismo. Considerou-se para a determinação do tamanho da amostra o valor de 50% para a prevalência populacional de edentulismo. Adotando-se um nível de confiança de 95% e um erro de estimação de 5%, usando o *software* Epi Info 6.04b, determinou-se que a amostra seria constituída de 217 idosos, estratificados proporcionalmente, na primeira etapa, entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados e, na segunda etapa, cada grupo foi estratificado proporcionalmente ao número de idosos, acima de 60 anos, de cada abrigo (idosos institucionalizados) ou ao número de idosos dos grupos não-institucionalizados. Como critério de exclusão adotou-se a incapacidade cognitiva ou verbal.

Para que fossem cumpridas as exigências de precisão dos resultados, foi realizada a padronização dos critérios de exame e diagnóstico entre os dois examinadores no intuito de minimizar a ocorrência de erros inter e intra-examinador. A concordância interexaminador foi realizada com trinta idosos examinados no estudo-piloto e que não entraram para a amostra final do estudo. Calculou-se a concordância por meio do índice de Kappa, obtendo-se um escore de 0,98, significando uma concordância quase perfeita. A concordância intra-examinador foi estabelecida com 10% da amostra. Cada examinador repetiu o exame clínico em 10% da amostra, que foram sorteados e reexaminados num intervalo de tempo mínimo de 24 horas. Assim, a concordância intra-examinador para o examinador 1 e o examinador 2 foi 0,98 e 0,97, respectivamente.

Os dados foram coletados a partir do exame clínico da amostra selecionada e de observação direta intensiva através de entrevista, utilizando-se um formulário composto de 25 perguntas fechadas, contendo informações gerais e específicas sobre o

entrevistado e seu estado de saúde bucal. Esse formulário se dividiu em quatro partes: a primeira relativa aos dados demográficos; a segunda, à saúde geral do idoso; a terceira, ao impacto bucal sobre os desempenhos diários, e a quarta compreendeu os aspectos relacionados aos fatores sociopsicológicos.

Para a avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos, foi utilizado o índice de impactos odontológicos no desempenho diário (IODD). O modelo teórico no qual o IODD se baseou foi o da Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidade e Deficiências da Organização Mundial da Saúde (OMS) modificado por Locker<sup>9</sup> para uso na Odontologia.

Os itens do critério para medição dos impactos foram agrupados em cinco categorias: 1) dor; 2) desconforto; 3) limitação na função (3.1. funcional - dificuldade de mastigação, morder forte, dar uma grande mordida, ter que mudar o tipo de alimento a ser consumido; 3.2. interação social - restrições na fala, sorriso, riso e beijo); 4) insatisfação com a aparência (relacionada com os dentes) e 5) outros.

Inicialmente, houve um contato entre os pesquisadores e os idosos a fim de explicar a finalidade da pesquisa, seu objetivo e a relevância do estudo e, finalmente, foi solicitada a participação do entrevistado.

No exame clínico foram observados as estruturas dentárias e o tecido de revestimento da cavidade bucal, bem como a presença de aparelhos protéticos, sendo os achados anotados em uma ficha clínica específica. O exame físico intrabucal foi realizado de acordo com OMS<sup>10</sup>, tendo sido obedecidos os critérios de diagnóstico e sua codificação. O exame foi realizado com iluminação artificial, em cadeira comum, cama ou cadeira de rodas, conforme o grau de dependência do indivíduo, utilizando-se espelho bucal plano, sonda periodontal (WHO 685) e espátulas de madeira. Antes do exame, os pacientes realizaram escovação dental supervisionada. Os participantes não foram identificados e tiveram seus nomes resguardados. Esta pesquisa foi enviada para o Comitê de Ética da Universidade de

Pernambuco, sendo devidamente aprovada. Os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participarem deste estudo.

Os dados foram classificados de forma sistemática. A distribuição de freqüências foi utilizada para avaliar as características gerais da amostra e também para investigar possíveis erros de digitação dos dados brutos que foram realizados no programa Excel pelos pesquisadores durante todo o processo de coleta. O resumo dos dados foi realizado no programa estatístico *Statistical Package for Social Science*, versão 11.0. Foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, moda e desvio-padrão) e utilizados os testes qui-quadrado e Mann-Whitney para a análise bivariada entre as variáveis.

## RESULTADOS

A amostra constou de 198 pessoas, sendo 179 do sexo feminino e 19 do sexo masculino. Desses, 81 (40,9%) eram do grupo institucionalizado e 117 (59,1%) do grupo não-institucionalizado. Salienta-se que 87,8% dos pesquisados eram aposentados. Quanto ao nível educacional, a maioria (88,9%) tinha baixa escolaridade (no máximo oito anos) (Tabela 1).

Quando foi verificada a prevalência de edentulismo, observou-se que o maior percentual de edêntulos totais (considerados aqueles sem nenhum dente na boca) encontrou-se no grupo institucionalizado (59,3%). Apesar da diferença encontrada entre os dois grupos, não houve diferença estatisticamente significativa quando comparadas as médias através do teste qui-quadrado.

Devido ao alto percentual de dentes extraídos, verificou-se a grande necessidade de reabilitação oral através de próteses (Tabela 2). Quando estudados os dois grupos separadamente, verificou-se, novamente, que o grupo institucionalizado foi o que necessitou de maiores cuidados, ressaltando-se, principalmente, o percentual de necessidade de prótese total inferior entre os dois grupos.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra estudada.

Variáveis	Localização				Total
	Institucionalizado		Não-institucionalizado		
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	66	36,9	113	63,1	179
Masculino	15	78,9	4	21,1	19
<b>Idade</b>					
De 60 a 69	26	28,0	67	72,0	93
De 70 a 79	31	40,8	45	59,2	76
Mais de 80	24	82,8	5	17,2	29
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	58	40,8	84	59,2	142
Casado	8	14,2	48	85,7	56
<b>Escolaridade*</b>					
Nenhuma	34	53,1	30	46,9	64
Até a 4ª série	18	24,3	56	75,7	74
5ª a 8ª série	7	31,8	15	68,2	22
2º grau	4	26,7	11	73,3	15
Superior	0	0,0	5	100,0	5
<b>Renda</b>					
Sem salário	53	81,5	12	18,5	65
Até 1 salário mínimo	28	29,2	68	70,8	96
Mais de 1 salário mínimo	0	0,0	37	100,0	37

\* Para esta variável dezoito idosos não souberam responder.

**Tabela 2.** Distribuição da amostra estudada segundo necessidade de prótese total. Recife, 2001.

Necessidade de prótese total	Superior		Inferior	
	n	%	n	%
Institucionalizado	67	82,7	57	70,4
Não-institucionalizado	95	81,9	70	59,8
Total	162	82,2	127	64,1

**Tabela 3.** Distribuição da amostra pesquisada segundo percepção sobre a saúde geral.

Percepção sobre a saúde geral	Localização			
	Institucionalizado		Não-institucionalizado	
	n	%	n	%
Não soube responder	0	0,0	1	0,9
Excelente	0	0,0	10	8,6
Muito boa	2	2,5	21	17,9
Boa	22	27,2	40	34,2
Razoável	42	51,8	24	20,5
Ruim	15	18,5	21	17,9
Total	81	100,0	117	100,0

Das pessoas entrevistadas, 58,3% responderam que, na última semana, a saúde física ou mental interferiu nas atividades sociais com a família, vizinhos ou grupo, sendo esse resultado estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ) quando se comparam os idosos institucionalizados com os não-institucionalizados (65,0% e 35,0%, respectivamente).

Observou-se também a percepção dos pesquisados com relação à saúde geral, pedindo que a comparasse com os demais da mesma idade. Verifica-se (Tabela 3) que as piores condições de saúde (razoável e ruim) foram relacionadas pelos idosos institucionalizados.

Quando pedido para comparar a própria saúde com a das outras pessoas do grupo, 48,4% do grupo total (institucionalizado ou não) responderam que a sua saúde estava bem melhor ou um pouco melhor e, quando avaliada a questão tempo (se hoje estava melhor do que ontem), apenas 26,7% concluíram que estava melhor.

Quando perguntado se algum problema com a boca, dentes ou próteses tinha causado impacto no desempenho diário nos últimos seis meses, 60% responderam que não. O restante indicou a limitação da função de, por exemplo, mastigar, morder, abrir a boca, falar, sorrir, beijar etc. como o principal impacto (Tabela 4).

Aplicando-se o teste de Mann-Whitney para verificar a relação entre a presença de sintomatologia (dor, desconforto e limitação da função) e a localização (institucionalizado ou não), controlando-se a variável escolaridade, verificou-se que os idosos institucionalizados que estudaram até a quarta série do ensino fundamental apresentavam mais queixas

de dor, desconforto ou limitação da função ( $p = 0,001$ ).

## DISCUSSÃO

A diferença entre os sexos encontrada nesta pesquisa pode ser explicada pela diferença de expectativa de vida entre os sexos, fenômeno mundial, mas que é bastante intenso no Brasil. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens<sup>1</sup>, além disso, a quantidade mínima de pessoas do sexo masculino na amostra deveu-se, também, ao fato de os homens apresentarem resistência em aceitar a condição de idoso e em participar de grupos da terceira idade na cidade do Recife.

O edentulismo foi alto entre os pesquisados, destacando-se que 59,3% dos idosos institucionalizados não possuíam nenhum dente na cavidade bucal. Alguns estudos mostram resultados discrepantes para a prevalência do edentulismo em idosos no Brasil e em outros países, dentre eles destacam-se: 27,0% em Randolph et al.<sup>11</sup>; 48,6% em Lafuente et al.<sup>12</sup>; 69,0% na pesquisa de Saliba et al.<sup>13</sup> e 51,4% no trabalho de Coelho Filho et al.<sup>14</sup>.

Moriguchi<sup>15</sup> cita que um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100%. Com a perda de um dente essa capacidade passa a ser de 70%. Com uma prótese unitária a capacidade é de 90% e com prótese total é de 25%. Esse mesmo autor relata que se pode observar uma diminuição acentuada da dentição após os 60 anos e que a perda dental tem influência sobre a mastigação, digestão, pronúncia, aspecto estético e

**Tabela 4.** Principais impactos (problemas bucais) apontados pela amostra estudada.

Sintomatologia	Localização				Total	
	Institucionalizado		Não-institucionalizado		n	%
	n	%	n	%		
Sem sintomas	40	37,0	68	63,0	108	100,0
Dor/desconforto/limitação da função	49	68,1	23	31,9	72	100,0
Total	89	49,5	91	50,5	180	100,0



predispõe a doenças geriátricas. A perda de apetite tem sido geralmente relacionada à ausência de elementos dentários e ao uso de próteses totais<sup>16</sup>. Outro estudo<sup>17</sup> interessante mostrou que, além da dificuldade de mastigação quando da ausência dental, a colocação de novas próteses respeitando-se a dimensão vertical correta muda a distância interoclusal na fala, interferindo na articulação dos fonemas /m/ e /s/. Variar o volume e a espessura da prótese total e, ainda, sua dimensão oclusal vertical e horizontal resulta em mudanças audíveis na fala do paciente<sup>18</sup>. Essas mudanças podem ser também quanto à nasalidade da fala com o uso, principalmente, de prótese total superior<sup>19</sup>.

As metas da OMS para o ano 2000 em relação à saúde bucal determinavam que 50% da população na faixa etária de 65 a 74 anos deveriam apresentar, pelo menos, vinte dentes em condições funcionais. Observa-se que, nesta pesquisa, apenas 5% de todos os pesquisados possuíam mais de vinte dentes na cavidade bucal. Essa constatação é séria do ponto de vista da saúde pública e pode revelar, de acordo com Caldas Jr et al.<sup>4</sup>, a ineficiência e a ineficácia das formas de planejamento de programas que encerram em si características excludentes de acesso e estáticas de controle e acompanhamento. Portanto, concorda-se com esses autores quanto ao fato dizem de o edentulismo indicar que as medidas de atenção à saúde bucal inexistiram ou fracassaram integralmente.

O idoso é visto como um indivíduo desdentado, o que infelizmente traduz a realidade atual. Uma questão acrescentada ao formulário utilizado nesta pesquisa perguntava ao idoso se ele sabia a razão de ter perdido os dentes. De acordo com os relatos, a perda dos dentes, com o passar dos anos, foi vista como uma consequência natural dentro do processo de envelhecimento, como também representou, para eles, a única forma de tratamento disponível na época da juventude e/ou na fase de adulto jovem. Pelo alto custo do tratamento odontológico em consultórios particulares, eles disseram optar pelo atendimento em postos de saúde onde o tratamento oferecido era, na maioria das

vezes, a exodontia. Essa constatação pode ser observada no estudo de Thompson et al.<sup>20</sup>: a presença de piores condições, em termos de lesões de cárie não tratadas ou dentes perdidos, associada a classes menos favorecidas é explicada pelo menor acesso dessas classes a serviços de atenção odontológica. Camadas sociais mais baixas tendem a visitar o dentista menos freqüentemente, apesar de possuírem uma necessidade maior de tratamento, e, quando o visitam, tendem a optar por diferentes formas de tratamento.

Esse dado relatado acima pôde, igualmente, ser observado no nosso estudo, quando se verificou que a dor, desconforto ou limitação da função estiveram presentes, principalmente, nos idosos institucionalizados de menor escolaridade.

Levando em consideração a possibilidade de aquisição de próteses (parciais e totais), os idosos institucionalizados, de modo geral e pelo relato, percebem a oferta do serviço como um bem de consumo inalcançável e 20% deles não consideraram necessário usar próteses, mesmo sendo edêntulos.

De acordo com os nossos resultados, observou-se que a saúde bucal dos idosos é bastante precária e algumas reflexões devem ser feitas pelas equipes de planejamento em saúde bucal. Os serviços de saúde em Recife não têm sido de fácil acesso para pessoas reclusas em asilos ou instituições. Foi percebida, nesses locais, a total ausência, entre os responsáveis pela saúde dos idosos, de profissionais da odontologia e fonoaudiologia. Mesmo nas instituições onde havia médicos e enfermeiras, os cuidados com a saúde bucal foram sempre negligenciados.

No momento do inquérito, através da utilização do questionário, as pessoas que relataram sofrer algum impacto pela saúde bucal associaram limitação da função em grande parte aos problemas que teriam tido com os dentes, em especial a falta deles; essa foi a alteração mais citada, apesar de esse percentual estar abaixo dos valores encontrados de edentulismo total. Uma pequena parte associou a perda de dentes com a insatisfação com a



aparência; a dor e o desconforto foram associados à cárie e as úlceras ao uso de próteses mal adaptadas.

Observa-se que a falta de percepção da necessidade de tratamento odontológico e fonoaudiológico é muito comum não apenas entre os idosos, suas famílias e cuidadores, mas também entre muitos profissionais de saúde. Essa falta de percepção pode levar o paciente idoso a deixar o tratamento odontológico e fonoaudiológico sempre "por último" em relação a outros tratamentos de saúde, pois outras doenças de alta prevalência entre idosos, como, por exemplo, diabetes, glaucoma, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatias, produzem um nível de impacto muito mais alto do que aquelas relacionadas à cavidade bucal. Além disso, sabe-se que pessoas de baixo nível de instrução e de baixa renda tendem a ter uma menor consciência das suas condições de saúde. Outro fato importante que deve ser levado em consideração neste contexto, e que também pode justificar esses achados de percepção e impactos da saúde bucal na qualidade de vida, é que esses idosos tiveram seus hábitos formados numa época em que a odontologia preventiva, ou de promoção de saúde, ainda era centrada no modelo unicausal (microbiológico) das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal), sendo as técnicas e os recursos para prevenção e manutenção dos dentes na cavidade bucal muito limitados. Assim, era comum considerar a eliminação de dentes (entendidos como foco de doença) como uma forma viável de tratamento para a população de baixa renda, sem haver, no entanto, qualquer entendimento da relação entre a importância da reabilitação protética e uma melhor qualidade de vida.

Indiscutivelmente, a reabilitação protética do indivíduo devolve parte da sua capacidade funcional e, em muitos casos, a estética. Devido ao alto percentual de edentulismo no Brasil, foram criados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2004, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que têm a finalidade de atender as necessidades de alta complexidade, como as próteses e outras especialidades não oferecidas na rede de atenção básica dos

serviços de saúde pública. Assim, de acordo com os achados da literatura, observa-se que uma prótese pode interferir em outras dimensões, como, por exemplo, qualidade vocal, e, portanto, repercutir na qualidade de vida das pessoas. Por essa razão, torna-se imperiosa a adoção de políticas de saúde que visem ao entendimento/atendimento do paciente na sua integralidade, buscando, sempre, a multi e transdisciplinaridade com o intuito de obter as representações biopsicossociais da doença que possam estar interferindo na vida do paciente. Além disso, a integralidade, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde, não vem sendo respeitada nesses asilos estudados e, provavelmente, em tantos outros pelo Brasil. A oferta de prótese total para pacientes que fazem uso do serviço público precisa ser acompanhada por profissionais da área de fonoaudiologia para que tais próteses não interfiram na capacidade de deglutição e de fala, principalmente.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2000; 2001. 5:271-99.
2. Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor da saúde. *Arq Geriatr Gerontol.* 1996; p.81-9.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 [homepage on the Internet]. [acesso 2003 mar]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
4. Caldas AF Jr, Marcenos W, Sheiham A. Reasons for tooth extraction in a Brazilian population. *Int Dent J.* 2000; 50(5):267-73.
5. Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde. 1998 - 2001. Recife: PCR; 1998.
6. Golds, L. The prosthetic treatment in the presence of gross resorption of the mandibular alveolar ridge. *J Dent.* 1985; 13(2):91-101.
7. Mello ALSF, Padilha DMP. Instituições geriátricas e negligência odontológica. *Fac Odontol PUCRS.* 2000; 41(1):44-8.
8. Duguid ZA, Singh M, Martuscelli G, Matthew S, Mallick S, Harrington DP, et al. Prevalence of coronal and root caries in two high-risk groups. *JDR.* 2002; 81:342.

9. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Comm Dental Health*. 1988; 5:5-13.
  10. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal: manual de instruções. 4. ed. Genebra: OMS; 1999.
  11. Randolph WM, Ostir GV, Markides KS. Prevalence of tooth loss and dental service use in older Mexican Americans. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(5):585-9.
  12. Lafuente PJ, Aguado FLM, Leyva CL. La salud oral em um grupo de ancianos institucionalizados. *Arch Odonto Estomatol*. 2000;16(4):231-7.
  13. Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev APCD*. 1999; 53(4):279-82.
  14. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito Domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(5):445-53.
  15. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Odont Mod*. 1992; 19:11-3.
  16. Celebic A, Knezovic-Zlataric D. A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. *J Dent*. 2003; 31(7):445-51.
  17. Rodrigues Garcia RC; Oliveira VM; Del Bel Cury AA. Effect of new dentures on interocclusal distance during speech. *Int J Prosthodont*. 2003; 16(5):533-7.
  18. Seifert E, Runte C, Riebandt M, Lamprecht-Dinnesen A, Bollmann F. Can dental prostheses influence vocal parameters? *J Prosthet Dent*. 1999; 81(5):579-85.
  19. Scarsellone JM, Rochet AP, Wolfaardt JF. The influence of dentures on nasalance values in speech. *Cleft Palate Craniofac J*. 1999; 36(1):51-6.
  20. Thompson WM. Socio-economic and behavioural risk factors for tooth loss from age 18 to 26 among participants in the Dunedin multidisciplinary health and development study. *Caries Res*. 2000; 34(5):113-22.
- Recebido para publicação em 25 de novembro de 2004 e aceito em 25 de abril de 2005.