

## Estudo da condição bucal em um grupo de idosos na cidade de São Paulo



*Mateus Bertolini Fernandes dos Santos*  
*Fernando Luiz Brunetti Montenegro*  
*Silvana Papaléo Arcas*  
*Marcel Hiratsuka*  
*Rafael Leonardo Xediek Consani*  
*Leonardo Marchini*

**Introdução:** O crescimento exponencial das populações idosas é bem claro ao redor do mundo desenvolvido<sup>1,17</sup>, e é atribuída ao aumento da expectativa de vida nas últimas 4 décadas do século XX e, desta forma, o número de pessoas vivendo por mais anos está aumentando num patamar jamais visto. O mais importante desafio hoje é incrementar a qualidade de vida dos idosos, e a saúde bucal parece ter um importante papel no bem estar geral<sup>2</sup> estando intimamente relacionada a muitos aspectos da saúde geral e bem estar<sup>3-7</sup>. Como exemplo, pacientes com uma saúde bucal ruim estão mais predispostos a apresentar pneumonia por aspiração, do que aqueles que apresentam boa saúde bucal, uma vez que as bactérias bucais podem ser aspiradas durante o sono ou alimentação e alcançar os pulmões, ou via uma inflamação gengival e periodontal alcançar a corrente sanguínea e daí o coração<sup>8,17</sup>.

Unitermos: *Gerontologia, Odontogeriatría, Saúde bucal, Necessidades de tratamento*

Um estudo internacional, realizado<sup>9</sup> nos EUA, Polônia, Alemanha e Nova Zelândia, concluiu que o atual grupo de idosos mais novos apresenta uma condição bucal melhor que a dos idosos mais velhos, mas suas condições de saúde bucal estão ainda longe do ideal. O edentulismo entre os de 65 a 74 anos variou de 23% nos EUA (em Baltimore), a 42% na Polônia (em Lodz), 29% na Alemanha (em Erfurt), e 50% na Nova Zelândia (em Wellington). Em países desenvolvidos, o crescimento das populações idosas ocorre dentro de um contexto de um desenvolvimento ainda incompleto, tanto econômico como social, o qual resulta em um acesso mais difícil aos serviços de saúde pública, incluindo os serviços de saúde bucal<sup>10</sup>.

As populações idosas brasileiras, por sua vez, estão ainda caracterizadas por higiene oral ruim, altos índices de edentulismo, reduzido número de dentes naturais remanescentes, com necessidades de tratamento não alcançadas<sup>11</sup>. Em uma pesquisa nacional realizada em 2003<sup>12</sup>, foi constatado que cerca de 66,5% da população idosa brasileira usavam prótese total superior e 30,9% possuíam prótese total inferior. É estimado que apenas 9,6% dos indivíduos de 65 a 74 anos no Brasil apresentem uma dentição funcional<sup>13</sup>, e em vista do rápido desenvolvimento das economias emergentes é importante possuir uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde bucal de suas populações, que ajude a planejar as estratégias de saúde pública para melhorar a qualidade de vida dos idosos.



Este estudo examinou os hábitos de higiene bucal, sua condição de saúde bucal, e as necessidades de tratamentos dentários tendo como amostra os pacientes que frequentaram o CEDPES - Centro de Desenvolvimento para a Promoção de um Envelhecimento Saudável - uma promoção do Serviço de Geriatria da FMUSP e da Administração Regional de Pinheiros, entre 2008 e 2009, na cidade São Paulo a maior do país.

O Brasil é um país em desenvolvimento que ainda sofre de problemas críticos relacionados aos serviços de saúde pública. Entretanto, o país está buscando usar alguns benefícios de seu desenvolvimento econômico para melhorar parâmetros sociais, incluindo seu sistema de saúde bucal. Nós, por outro lado, criamos a hipótese que os hábitos auto reportados de higiene bucal, condição de saúde bucal e necessidades de tratamento dentário são melhores hoje do que eram nos estudos anteriores de pessoas idosas no Brasil<sup>11,14,15</sup>.

## **Materiais e Métodos**

### *Membros da Amostra*

Uma amostra conveniente de 167 idosos foi obtida dentre os 310 membros cadastrados da população coberta pelo CEDPES, um centro multidisciplinar de saúde e informações gerontológicas, situado na área de cobertura da Administração Regional de Pinheiros da Prefeitura do Município de São Paulo

de agosto de 2008 a Novembro de 2009, por demanda espontânea de seus idosos. Não haviam idosos acamados ou institucionalizados incluídos nesta amostra e os bairros envolvidos variavam entre a classe média até classe média baixa no quesito de poder econômico. Todos os participantes vinham por conta própria a este Centro, sendo muito poucos acompanhados por seus filhos ou cônjuges. Os exames foram realizados no período da manhã, em 2 dias por semana, por examinadores previamente calibrados entre si e com o instrumento usado, uma variação bastante aumentada (com 18 perguntas e mais exames bucais detalhados) tanto perante o GOHAI original como em relação ao GOHAI nacionalizado <sup>11,13,14,15,17</sup>.

Considerando que a população alvo da região abrangida pelo CEDPES envolve cerca de 24.000 idosos, a amostra supramencionada representa 0.68% desta população e um poder da amostra de 0.77, considerando um erro estatístico de 7,8% (utilizando a ferramenta Minitab, para poder e tamanho da amostra, da Minitab Inc., EUA). Uma fonte potencial de viés foi considerada, daí o uso de uma amostra de conveniência, a qual afeta a generalização dos achados.

O único critério de inclusão foi dos pacientes terem 65 anos ou mais, ou evitar responder o questionário; não permitir exame em sua cavidade bucal; ou ser deficiente auditivo sem uma pessoa presente de ligação com o examinador para obter as respostas do próprio idoso. Nenhum dos membros consultados se encaixou nestes critérios de exclusão. Todos os aspectos éticos, com relação a participantes humanos, foram observados e todos assinaram um consentimento informado antes de participar neste estudo.

### **Obtenção de dados**

Todos os idosos foram entrevistados e clinicamente examinados. Durante a entrevista inicial, eles responderam a um questionário sobre sua saúde bucal com 18 perguntas, cobrindo mais aspectos que o GOHAI original e o adaptado ao Brasil - secura bucal; razão de perda dos dentes (quando aplicável); frequência de ida ao dentista; hábitos de higiene oral, incluindo os de limpeza interdental e os de limpeza das próteses. Este instrumento foi testado, com todos os examinadores presentes junto a um mesmo paciente num grupo inicial de 30 pacientes.

Diversas perguntas foram eliminadas e várias melhoradas conforme eram percebidas as reações dos pacientes, ou por debate entre examinadores e coordenadores da pesquisa após estudar estes 30 pacientes iniciais. Os exames clínicos foram realizados no Centro por 2 examinadores levando em conta, também, o estado da mucosa bucal, língua, gengivite, periodontite, estado atual de dentes e próteses existentes, e necessidade de tratamento futuro de cada idoso parte da amostra.

Eles também receberam informação preventiva básica para a cavidade bucal e suas próteses e, mensalmente, eram realizadas palestras - com auxílio de Power Point - para esclarecer sobre pontos preventivos odontológicos de

envolvimento com sua qualidade de vida, e manutenção da saúde geral nesta faixa etária. Também foram orientados quanto aos locais, nos quais poderiam fazer os tratamentos necessários, pertencentes da rede pública de odontologia da cidade, bem como em Associações de Dentistas e Faculdades de Odontologia, tanto em nível de graduação como de especialização, conforme fossem as características de cada caso clínico.

O tempo médio gasto com cada idoso para a realização destas atividades foi cerca de 17 minutos (  $\pm 2$  ), se bem que certos exames na fase de testes do instrumento, somados a conversas sobre cuidados bucais chegaram a 35 minutos por pessoa, tempo muito longo e inviável considerando a amostragem como um todo.

### **Análise dos Dados**

Os dados coletados foram compilados ao final de cada dia, por um mesmo digitador, e sujeitos a uma estatística descritiva. O teste de igualdade de 2 proporções foi aplicado para analisar a distribuição de variáveis qualitativas, enquanto os testes Mann-Whitney,  $Q_i$  - quadrado e Kruskal-Wallis foram usados para checar as possíveis associações entre variáveis. Um nível alfa de 0.05 foi adotado para todos os testes aplicados no estudo.

### **Resultados**

Cento e sessenta e sete pacientes idosos foram incluídos neste estudo (representando 53,8 % do universo CEDPES possível) e a idade média da amostra foi de 72,1 anos ( $\pm 6.6$ ), variando de 66 a 91 anos de idade. Somente 32 indivíduos eram homens e representaram 19,2 % da amostra.

Com relação aos hábitos de higiene bucal, apenas 107 pacientes (64,1%) escovam seus dentes três ou mais vezes por dia. Apenas 16,2% citaram usar um limpador/raspador de lingual; 14,4% usam escovas interdentais; 42,5% o uso de fio dental; e 24% que usavam bochechos regularmente. O tempo médio da última visita a um dentista foi de 2,2 anos ( $\pm 4.6$ )

Os exames clínicos indicaram que apenas 44 pacientes (24,6%) estavam periodontalmente saudáveis e que a condição patológica mais prevalente foi a retração gengival (46,1%), enquanto a mobilidade foi a menos frequente (5,4%), seguida pela presença de cálculos (13,8%) e sangramento gengival (16,8%).

A razão mais citada para a perda de dentes foi a cárie dentária (73,1%), seguida pela doença periodontal (26,9%). Trinta pacientes (17,9%) eram edentulos em ambos os arcos, enquanto 26,3% (n=44) estavam só com os superiores ausentes, e apenas um apresentou edentulismo no arco inferior. Oitenta e dois por cento dos pacientes examinados usam algum tipo de prótese dentária.

**Tabela 1 – Distribuição das próteses dentárias pelos arcos**

|               | Overdentures<br>(Sobredentaduras) | Prótese Parcial<br>Removível | Próteses<br>Totais | Prótese Fixa e Prótese<br>Removível |
|---------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| Arco Inferior | 3                                 | 51                           | 25                 | 0                                   |
| Arco Superior | 1                                 | 23                           | 72                 | 1                                   |
| Total         | 2.2%                              | 42.0%                        | 55.1%              | 0.5%                                |

Com relação às necessidades de tratamento odontológico 35,3% da amostra necessitava de tratamento periodontal; 32,9% restaurações diretas e 4,2% precisavam de extrações dentárias. Em continuação 39,5% necessitavam de próteses parciais removíveis; 23,4% de próteses totais; 16,2% de coroas unitárias e 5,4% de próteses fixas. Apenas 2,4% necessitava de reembasamento ou conserto de suas próteses atuais.

Foi encontrada uma associação entre a condição de saúde oral atual e o uso de fio dental ( $P=0.004$ , teste do  $Q_i$  quadrado). A maioria (67,9%) dos pacientes que mostravam sangramento gengival não usavam fio dental regularmente em seus dentes, enquanto 70,7% dos pacientes com tecidos periodontais saudáveis faziam uso do fio regularmente.

Outra associação foi encontrada entre limpeza interproximal e o estado de saúde bucal atual ( $P=0.009$ , teste do  $Q_i$  quadrado). A maioria dos pacientes (94,9%) com dentes cariados não usavam escova interdental.

Uma associação foi também encontrada ( $P=0.016$ , por Kruskal-Wallis) entre o tempo decorrido entre a última consulta dentária realizada e o estado atual de saúde bucal. Visitas mais frequentes ao dentista foram positivamente relacionadas com poucos e suaves problemas de saúde bucal como indica a Tabela 2.

**Tabela 2 - Tempo decorrido desde a última consulta odontológica para cada condição dentária observada.**

(\*) indica diferença estatisticamente significativa (Teste Kruskal-Wallis)

| Tempo desde a última consulta | Condição de saúde bucal |        |            |            |                   |                      |          |
|-------------------------------|-------------------------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|----------|
|                               | Cálculos                | Cáries | Mobilidade | Resaurados | Retração gengival | Sangramento gengival | Saudável |
| Média                         | 2.1                     | 2.8    | 4.0        | 1.1        | 1.4               | 1.9                  | 0.6      |
| Desvio Padrão                 | 2.9                     | 6.6    | 5.0        | 2.4        | 2.7               | 3.2                  | 0.8      |
| N                             | 23                      | 39     | 9          | 117        | 77                | 28                   | 41       |
| P-valor                       | 0.016*                  |        |            |            |                   |                      |          |

De modo semelhante, o tempo decorrido entre a última consulta odontológica e as necessidades de tratamento foi também relacionado positivamente ( $P<0.001$ , por Kruskal-Wallis), como indicado na Tabela 3.

**Tabela 3 - Tempo decorrido desde a última consulta odontológica para cada necessidade de tratamento.**

(\*) indica diferença estatisticamente significativa (teste Kruskal-Wallis)

| Tempo desde a última consulta | Necessidade de tratamento |              |                    |                        |                          |                       |                           |               |
|-------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
|                               | Consertos                 | Restaurações | Extração de dentes | Tratamento periodontal | Múltiplas próteses fixas | Prótese fixa unitária | Prótese parcial removível | Prótese Total |
| Média                         | 2.7                       | 1.1          | 8.4                | 1.8                    | 0.2                      | 1.5                   | 1.8                       | 6.0           |
| Desvio Padrão                 | 2.1                       | 1.7          | 14.3               | 3.2                    | 0.3                      | 3.4                   | 3.0                       | 8.0           |
| N                             | 4                         | 55           | 7                  | 59                     | 9                        | 27                    | 65                        | 39            |
| P-valor                       | <0.001*                   |              |                    |                        |                          |                       |                           |               |

As pessoas que necessitavam extrações dentárias deixaram que mais tempo houvesse passado desde sua última consulta odontológica ter sido realizada.

## Discussão

A hipótese para este estudo, de que encontraria melhores condições bucais que outras pesquisas realizadas entre pessoas idosas no Brasil, foi confirmada. Em outras palavras, os achados deste estudo revelaram baixas médias de edentulismo total (17,9%), do que pesquisas sistemáticas anteriores com idosos brasileiros usando uma metodologia semelhante e reportando taxas de edentulismo total que variavam de 47 a 84%<sup>14,15</sup>. Pesquisas anteriores também encontraram poucos pacientes que relataram escovar seus dentes mais de 3 vezes por dia (21,3%), uso de fio dental (7,3%) e bochechos diários (4%) quando comparados aos achados de Marchini et al. em 2006<sup>11</sup>.

Entretanto, alguns destes achados devem ser comparados com atenção, uma vez que o estudo supramencionado<sup>11</sup> envolveu idosos institucionalizados, enquanto o presente estudo envolve uma amostra convencional de idosos independentes e que vivem na maior cidade do Brasil, na qual a população tem acesso fácil à informação e aos serviços de saúde pública, inclusive os odontológicos primários pela assistência pública.

Apesar de tudo, esta melhora é importante, uma vez que a condição de saúde bucal se mostrou positivamente relacionada com o uso de fio dental e com a limpeza interdental. Outro achado que dá suporte à validação da hipótese são as melhores condições periodontais encontradas neste estudo do que nos anteriores<sup>11</sup>. No estudo atual, a condição patológica mais prevalente era a retração gengival (46,1%), e apenas 13,8% dos participantes apresentavam cálculos. Trabalhos anteriores mostraram a presença de cálculo como a condição periodontal mais prevalente (14 a 50%)<sup>14</sup>, chegando até 73,3% nos casos de doença periodontal<sup>11</sup>.

Uma saúde bucal ruim com perdas dentárias também leva a uma eficiência mastigatória reduzida, mesmo que os dentes sejam repostos por prótese<sup>4</sup>.

A redução da eficiência mastigatória por dentes extraídos causa dificuldade na mastigação e afeta a condição nutricional do idoso<sup>6,17</sup>. A dor é outro sintoma devido a higiene bucal precária o que também afeta a qualidade de vida 5. Entretanto, mudanças que ocorrem com o envelhecimento podem reduzir a sensibilidade à dor bucal e os idosos devem estar prevenidos sobre doenças bucais para que estas não avancem em demasia, o que exigiria serviços mais complexos para sua solução clínica<sup>16</sup>. Ainda mais, a saúde bucal das pessoas idosas tem um importante papel sua longevidade.

Doenças respiratórias entre os idosos podem ser prevenidas ou limitadas com uma boa higiene bucal<sup>8</sup>, e outros estudos encontraram que a perda dentária parcial e o edentulismo têm um papel potencializador na mortalidade devido à doença cardiovascular<sup>3,7</sup>. O cuidado odontológico para o idoso exige frequentes controles, uma vez que fatores locais e sistêmicos podem estar fortemente associados com a idade<sup>10</sup>.

Neste estudo, o tempo decorrido desde a última visita foi relacionado com as condições bucais atuais e as necessidades de tratamento, uma vez que quanto menor o tempo passado da última visita ao dentista, menores serão os problemas observados. Uma possível explicação para esta variância do tempo decorrido desde a última consulta odontológica é que alguns pacientes não recebem explicações adequadas sobre a importância das visitas periódicas ao dentista para manter sua saúde bucal e prevenir possíveis problemas.

Ainda mais, após concluir um tratamento odontológico o paciente idoso pode considerar que ele tenha sido “curado”, e não faça uma visita de controle até que tenha dor ou desconforto. A ausência de assistência odontológica após a entrega das próteses é um dos fatores que explicam a ampla necessidade de reparos e substituições das mesmas, assim como a alta prevalência de lesões associadas a elas<sup>15</sup>. O tempo médio decorrido após a última consulta foi de 2.2 anos. Entretanto, o período variou consideravelmente, uma vez que o desvio padrão (4.6) foi maior que sua média, com o tempo máximo decorrido variando de 1 semana até 40 anos, que é intervalo realmente significativo.

O estudo tem algumas limitações com relação à metodologia da amostra, a qual eclipsaria a confiabilidade geral dos achados, uma vez que a condição de saúde bucal e necessidade de tratamentos dentários variam de acordo com a amostra, o país e até as regiões dentro do mesmo país<sup>14</sup>. Mas, nossos achados sugerem que apesar das condições bucais dos idosos brasileiros estarem ainda longe do ideal, ao menos está melhorando. As autoridades de saúde pública e os profissionais deveriam enfatizar a importância da higiene diária e visitas de controle para um melhora considerável da condição de saúde oral desta população.

## **Conclusão**

Um ponto importante da amostra e que mostra sua diferença perante outras populações idosas estudadas no mundo, no Brasil e na cidade de São Paulo, é sua condição econômica, sua independência absoluta na decisão de querer vir

ao exame bucal e o perfil socioeconômico dos bairros que atendidos pelo CEDPES. Para Brunetti, Montenegro<sup>17</sup> isto explica condição bucal tão satisfatória do global da amostra perante a maioria dos outros trabalhos analisados neste estudo, e de muito outros aqui não incluídos, e que mostra, quase de forma inédita, um estudo da condição bucal de uma população mais favorecida social e economicamente, e também em termos de saúde geral.

## Referências

1. US.Census.Bureau. Global Population at a Glance: 2002 and Beyond. Washington D.C.2004. p. 1-2. [updated in 01/12/2009 cited 20/02/10]. Available from: <https://www.census.gov/prod/4pubs/wp02-1.pdf> .
2. Shigli K, Hebbal M. "Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using". *Geriatric Oral Health Assessment Index*. Gerodontology 2009.
3. Jansson L, Lavstedt S, Frithiof L, Theobald H. "Relationship between oral health and mortality in cardiovascular diseases". *J Clin Periodontol* 2001; 28: 762-8.
4. Vargas CM, Arevalo O. "How dental care can preserve and improve oral health". *Dent Clin North Am* 2009; 53: 399-420.
5. Services UDoHaH. *Oral health in America: a report of the Surgeon General*. Rockville 2000.
6. De Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB, Padilha DM. "Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people". *Nutrition* 2008; 24: 546-53.
7. Grau AJ, Becher H, Ziegler CM, Lichy C, Buggle F, Kaiser C, et al. "Periodontal disease as a risk factor for ischemic stroke". *Stroke* 2004; 35: 496-501.
8. Azarpazhooh A, Leake JL. "Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health". *J Periodontol*, 2006; 77: 1465-82.
9. Atchison KA, Andersen RM. "Demonstrating successful aging using the International Collaborative Study for Oral Health Outcomes". *J Public Health Dent* 2000; 60: 282-8.
10. De Deco CP, do Santos JF, da Cunha Vde P, Marchini L. "General health of elderly institutionalised and community-dwelling Brazilians". *Gerodontology* 2007; 24: 136-42.
11. Marchini L, Vieira PC, Bossan TP, Montenegro FLB, Cunha VP. "Self-reported oral hygiene habits among institutionalised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubate, Brazil". *Gerodontology* 2006; 23: 33-7.
12. Health Ministry of Brazil. SB Brazil 2003 *Project-Oral Health Conditions of the Brazilian Population 2002-2003*. Brasília: DF2004.



13. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA, Jr. "Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly". *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 224-32.
14. Moreira Rda S, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. "Oral health of Brazilian elderly: a systematic review of epidemiologic status and dental care access". *Cad Saude Publica* 2005; 21: 1665-75.
15. Colussi CF, Freitas SF. "Epidemiological aspects of oral health among the elderly in Brazil". *Cad Saude Publica* 2002; 18: 1313-20.
16. Locker D, Jokovic A. "Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults". *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 398-402.
17. Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatría: noções de interesse clínico*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2002, 482 p.

---

Data de recebimento: 15/03/2012; Data de aceite: 15/04/2012.

**Mateus Bertolini Fernandes dos Santos** - Mestre e Doutor. FOP-UNICAMP

**Fernando Luiz Brunetti Montenegro** - Mestre, Doutor. FOUSP. Resp. Saúde Bucal CEDPES

**Silvana Papaléo Arcas** - Odontogeriatra, Examinadora

**Marcel Hiratsuka** - Médico Geriatra Responsável pelo CEDPES

**Rafael Leonardo Xediek Consani** - Prof. Adjunto Disc. Prótese Total. FOP-UNICAMP

**Leonardo Marchini** - Mestre UNESP. Doutor USP, Unitaú, Univap, PG UNESP-FOSJC. Contato: [fbrunetti@terra.com.br](mailto:fbrunetti@terra.com.br)