



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

ESTEFANIA DOS SANTOS MELO

**PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE - PB

2012

ESTEFANIA DOS SANTOS MELO

**PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

**Trabalho de Conclusão de Curso a ser
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Universidade Estadual
da Paraíba, como parte dos requisitos
necessários para obtenção do título de
Cirurgião-Dentista.**

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão

CAMPINA GRANDE - PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M528p Melo, Estefânia dos Santos.

Percepção sobre saúde em idosos não institucionalizados no município de Campina Grande - PB [manuscrito] / Estefânia dos Santos Melo. – 2012.

53 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão, Departamento de Odontologia”.

1. Saúde do Idoso. 2. Saúde Bucal. 3. Odontologia. I.
Título.

21. ed. CDD 617.601

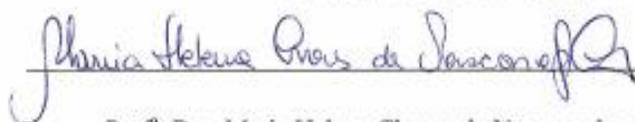
ESTEFANIA DOS SANTOS MELO

**PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

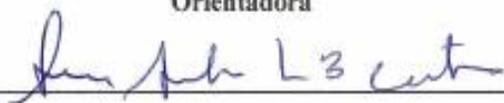
Aprovado em 23 de Outubro de 2012

BANCA EXAMINADORA



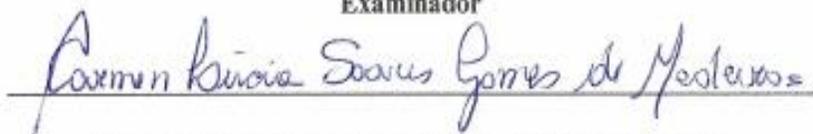
Prof.^a. Dra. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão/UEPB

Orientadora



Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti/UEPB

Examinador



Prof.^a. Dra. Carmen Lúcia Soares Gomes de Medeiros/UEPB

Examinadora

DEDICATÓRIA

*Ofereço este trabalho a meus pais (in
memória), Faustino e Judite, a meu esposo
Batista e as minhas filhas Débora, Kalina,
Karla e Karen.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus por me acompanhar e me dar forças quando muitas vezes quis fraquejar.

A meus pais (in memória) Faustino e Judite que doaram e renunciaram aos seus sonhos para muitas vezes realizarem os meus. A vocês meu imenso e eterno amor.

A meu esposo Batista que sempre me deu apoio nesta luta.

As minhas filhas Débora, Kalina, Karla e Karen pela paciência e compreensão que me acompanharam em todos os momentos.

A todos vocês meu, muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

A Magnífica Reitora Marlene Alves que com a sua política de reingresso, permitiu que eu realizasse esse sonho a tanto tempo acalentado.

A minha professora e Orientadora Maria Helena Catão, pela sua paciência, compreensão, amizade e estímulo para que eu realizasse este trabalho.

A banca por suas valiosas contribuições.

A todos os mestres com os quais tive a oportunidade de conviver e aprender, pela paciência de me encaminharem nesta profissão que amo tanto.

Aos meus amigos pelo carinho e respeito que me dedicaram em especial Maraysa, Monalisa, Fátima e Rayanne pelo apoio quando mais precisei.

A todos os funcionários do Departamento de Odontologia pela compreensão e apoio.

Obrigada.

*“Alguém me disse que sonhou
Que estava numa praia caminhando com Jesus
E olhando o céu viu sua vida
Tanta estrada percorrida
Sempre em busca de uma luz
E olhando as marcas na areia
Viu ao lado dos seus passos as pegadas de Jesus
E aí ele falou:
- Não te entendo, meu Senhor!
E olhou pro chão
- Nos caminhos mais difíceis, eu não vejo as tuas marcas
Por que me deixaste só?
Jesus respondeu:
- Os passos são só meus, jamais te abandonei
É que nos momentos mais difíceis de viver
Nos meus braços te levei”*

(Padre Zezinho)

MELO, E. S.; CATÃO, M. H. C. V. **Percepção sobre saúde em idosos não institucionalizados no município de Campina Grande - PB.** Monografia (Graduação de Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2012. 52 f.

RESUMO

A população idosa é o segmento que está crescendo no Brasil, apresentando um idoso com condições físicas, sociais e psíquicas bastante particulares. O objetivo do estudo foi avaliar a saúde bucal e sistêmica dos idosos assistidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social- SEMAS do município de Campina Grande – PB. Realizou-se um estudo transversal, descritivo e exploratório através de questionário contendo o Índice de Katz, Capacidade mastigatória, doenças sistêmicas e a necessidade e/ou presença de prótese, e dados sócio demográficos. A amostra avaliada foi de 100 idosos. Observou-se que a grande maioria dos entrevistados eram mulheres na faixa etária de 62 a 88 anos com idade média de 72 anos, viúvos (as), aposentados (as), com casa própria, plano de saúde, residem de 1 a 3 pessoas, estes relataram que a renda depende do idoso, sendo a mesma suficiente para suas necessidades; em relação às atividades sociais os idosos participam de grupos de convivência e todos afirmaram serem aceitos por suas famílias. Os idosos declararam escovar os dentes duas vezes ao dia, quase metade dos entrevistados têm hipertensão, uma minoria tem alteração na postura, nenhum dos idosos utiliza acessório para locomoção e todos são funcionalmente independentes, além disso, estes apresentam capacidade mastigatória satisfatória, fazem uso de prótese, em sua maioria prótese total superior e inferior, com boas condições. Através desse estudo, concluiu-se a maioria dos idosos possuem doenças sistêmicas, tem capacidade mastigatória satisfatória e são independentes de acordo com o Índice de Katz. E os alimentos de maior dificuldade de mastigação são a cenoura crua, carnes e maçã.

DESCRITORES: Saúde do idoso, Saúde Bucal, Doenças Crônicas.

MELO, E. S.; CATÃO, M. H. C. V. **Health perception in non-institutionalized elderly in Campina Grande-PB.** Monograph (Graduation in Dentistry) – State University of Paraíba. Campina Grande, 2012. 52 f.

ABSTRACT

The elderly population is the segment that group up in Brazil, showed an elder with physic condition, social and psychic specific case. The aim this search was evaluate the buccal health and systemic of the elderly accompanied through town assistance social – SEMAS in Campina Grande- PB. Realized the transversal study, descriptive and exploratory through of questionaries' with the principal index of the Katz, masticatory ability, systematic diseases and the need and/or prosthesis use, and socio demography data. The sample was to 100 aged. Observed that majority of the interviewee was woman with age between 62 to 88 years old with media of the 72 years old, widow (er), retiees, the house's owner, medical assistance, resided of the 1 to 3 personal these said that the elderly's dependency income, the income is to need basic; in social relation the elderly participated of the social group and all told about the acceptance's family. The elderlies declare brush of the teeth twice during day, the half interviewee have hypertension, the minority have change on posture, none of the elderly use accessory to locomotion and all are independent, moreover, these showed satisfactory mastication, use the prosthesis, the majority use total prosthesis with good condition. Through this search, conclude the majority elderly have systematic diseases, with satisfactory masticatory ability and are independent agreement to Katz. And the foods with problem's chew are raw carrot, meat and apple.

KEYWORDS: Elderly health, Buccal health, chronic diseases.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Mapa dos distritos sanitários de Campina Grande (Fonte: HAMAD, 2008).....	26
Quadro 1 - Índice de Katz – Escala de Atividade de Vida Diária.....	28
Quadro 2 – Índice de capacidade mastigatória.....	28
Tabela 1 - Distribuição da frequência das variáveis socioeconômica dos idosos segundo o gênero, estado civil e aceitação pela família. Campina Grande/PB, 2012.	29
Tabela 2 - Distribuição da frequência dos idosos pesquisados segundo situação atual, tipo de residência, responsabilidade pela renda familiar e plano de saúde. Campina Grande/PB, 2012.	30
Tabela 3 - Distribuição da frequência dos idosos segundo moradia (quantidade de habitantes), responsabilidade pela renda familiar e se esta é suficiente. Campina Grande/PB, 2012.	31
Tabela 4 - Distribuição da frequência dos idosos segundo as atividades sociais. Campina Grande/PB, 2012.	32
Tabela 5 - Distribuição da frequência dos idosos na higiene bucal. Campina Grande/PB, 2012.....	32
Tabela 6 - Distribuição da frequência das patologias sistêmicas, alterações da postura e da marcha e uso de acessório para locomoção dos idosos. Campina Grande/PB, 2012...	33

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Envelhecimento Populacional.....	13
2.1.1 Doenças Sistêmicas e Postura Corporal em Idosos	13
2.1.2 Saúde Bucal do Idoso.....	17
2.2 Índice de Capacidade Mastigatória.....	20
2.3 Índice de Katz	22
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 Objetivo Geral.....	25
3.2 Objetivos Específicos.....	25
4 MATERIAL E MÉTODOS	26
3.1 Tipologia do Estudo.....	26
3.2 Aspectos Éticos.....	26
3.3 População.....	26
3.4 Coleta de Dados	27
3.5 Análises dos Dados.....	28
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO.....	37
7 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE.....	47
ANEXO.....	50

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, foi ainda mais significativo e acelerado enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123% (SIQUEIRA et al., 2002).

As mudanças ocorridas na estrutura populacional trazem uma série de desafios para os quais o país não está devidamente preparado. Existem inúmeros desafios trazidos pelo envelhecimento da população brasileira: o desafio para a família, pobreza, aposentadoria, asilos e, principalmente, o da promoção da saúde e formação de recursos humanos em Geriatria e Gerontologia. Entre as novas necessidades geradas estão os serviços especializados para pessoas idosas, o que poderá levar ao surgimento de novas profissões e, conseqüentemente, de novos cursos universitários. Mesmo dentre as profissões já existentes, principalmente as ligadas à saúde, surgem diferentes enfoques e necessidades e a grande beneficiada será a nossa ainda desassistida população de idosos (COSTA et al., 2003).

Juntamente com o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento de doenças crônico-degenerativas sem detrimento das infectocontagiosas, resulta no aumento da demanda dessa população por serviços de saúde. Dentre os vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece atenção especial pelo fato que, historicamente, os serviços odontológicos não possuem como prioridade a atenção a esse grupo populacional, que, da mesma forma que a população adulta, possui altos níveis de edêntulismo e alta prevalência de cárie e de doenças periodontais (MOREIRA et al., 2005).

O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é o de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo (ROSA et al., 1993). Deve-se ter em mente que os idosos geralmente apresentam uma grande variação no que se refere às condições sistêmicas, psicológicas e sociais, além de serem portadores de várias alterações decorrentes do processo natural de envelhecimento (ROSA et al., 2008).

Apesar de não existirem doenças bucais relacionadas diretamente à velhice, alguns problemas, como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, a secura

na boca, as modificações no paladar e a perda de dimensão vertical têm efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo (SILVA e VALSECKI JÚNIOR, 2000).

Na Gerontologia, a avaliação da capacidade funcional é um indicativo da qualidade de vida do idoso, sendo o desempenho das atividades de vida diária um parâmetro utilizado pelos profissionais de saúde para avaliar o grau de dependência de seus pacientes.

O Índice de Katz , beneficia a avaliação dos indivíduos idosos de doenças crônicas e daqueles em longos períodos de recuperação hospitalar ou, ainda para avaliar a capacidade funcional do indivíduo na comunidade (KATZ et al.,1963).

Diante do exposto, este estudo teve o objetivo de avaliar a saúde bucal e sistêmica dos idosos assistidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS do município de Campina Grande (PB).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento Populacional

A velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres, ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século passado fosse longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2009). No Brasil, no Estatuto do Idoso é considerado idoso, os indivíduos com faixa etária igual ou superior a 60 anos, de ambos os gêneros, sem distinção de cor, raça e ideologia (BRASIL, 2003).

Estima-se que em 2022 o grupo populacional dos idosos no Brasil apresentará um crescimento considerado, assim como este fenômeno em nível mundial. Nos próximos 20 anos, as estimativas do Brasil são de que a população idosa irá exceder 30 milhões de pessoas, o que pode chegar a representar quase 13% da população. Outro aspecto relevante é o crescente aumento na expectativa de vida ao nascer. Em 1980, era de 57,2 anos para o homem e 64,3 para a mulher; em 1990, esses dados já eram 59,3 e 65,8 respectivamente e em 2000, essa expectativa de vida era de 64,8 para o homem e 72,5 anos para a mulher (IBGE, 2010).

O estado brasileiro com mais idosos é o Rio de Janeiro e a Paraíba ocupa o 8º lugar, no Brasil existe atualmente, para cada 120 mulheres idosas, 100 homens idosos; acima dos 80 anos. A Paraíba tem 538 idosos com mais de 100 anos, são 397 mulheres e 141 homens, sendo que 74,5 % vivem na cidade e 25,5 % vivem na Zona rural, atualmente na Paraíba são 402.143 idosos – 11,04 % da população paraibana e 17,5 % do total de idosos tem de 80 anos ou mais (IBGE, 2007).

Conseqüentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde (VERAS, 2009).

2.1.1 Doenças Sistêmicas e Postura Corporal em Idosos

A frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades (KARSCH,

2003). É importante verificar se o paciente é portador de alguma doença sistêmica que possa vir a interferir no tratamento, bem como as medicações de que o paciente faz uso para o controle dessas doenças, já que as interações medicamentosas exercem grande influência no fluxo salivar e podem causar repercussões na cavidade bucal (ROSA et al., 2008).

A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade. Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (PESCATELLO et al., 2004; MS, 2001).

Zaitune et al. (2006) avaliaram a prevalência da hipertensão arterial em idosos de Campinas-SP, para tanto foram analisados dados referentes a 426 indivíduos (sessenta anos e mais), como resultados estes autores verificaram que 51,8% dos entrevistados tinham hipertensão (46,4% nos homens e 55,9% nas mulheres) e esta se mostrou mais elevada em idosos: com menor escolaridade (55,9%), migrantes de outros estados (60,2%) e com sobrepeso ou obesidade (57,2%). A maioria das enfermidades sistêmicas apresenta manifestações bucais que predis põem ao desenvolvimento de processos patológicos, tornando o equilíbrio saúde/doença muito mais frágil (KAMEM, 1997). De acordo com Tomita et al., 2002, a abordagem epidemiológica da condição periodontal e sua associação com doenças sistêmicas podem oferecer importantes contribuições para orientar a adoção de medidas de prevenção e controle dessas enfermidades.

Quando se avalia a presença de doenças sistêmicas constata-se que a enfermidade mais citada pelos entrevistados foi à hipertensão (48,3%), seguido do reumatismo (17,3%), artrite (13,9%), artrose (11,3%) e 7,3% diabetes. Lima-Costa et al. (2003) estudaram um grupo composto por 28.943 idosos (≥ 60 anos), e verificaram que a doença relatada com mais frequência pelos participantes da pesquisa foi hipertensão (43,9%), seguida por artrite/reumatismo (37,5%), doença do coração (19,0%), diabetes (10,3%), asma/bronquite (7,8%), doença renal crônica (6,8%), câncer (1,1%) e cirrose (0,3%); 69,0% dos idosos relataram ter pelo menos uma doença crônica.

A prevalência de doenças crônicas que mais afligem um grupo de idosos não institucionalizados, bem com sua percepção sobre a saúde geral. A amostra foi constituída por indivíduos de ambos os gêneros, com sessenta anos de idade ou mais participantes do Centro de

Convivência de Idosos da cidade de Campina Grande-PB. A técnica de amostragem foi à aleatória simples e as variáveis adotadas foram: sexo, faixa etária, estado civil, renda individual, grau de instrução, frequência de higiene bucal, presença de doenças crônicas e consumo de medicamentos. Os dados foram coletados através de questionário, e a amostra foi 230 idosos, dos quais 80,0% eram mulheres e 20,0% homens. A faixa etária variando de 60 e 87 anos, com maior predomínio do grupo etário de 71 a 80 anos (38,4%). A doença mais prevalente foi à hipertensão arterial (60,4%), seguida da osteartrose (27,0%), osteoporose (24,8%), diabetes (17,8%) e doenças respiratórias (16,1%). Verificou-se que 82,0% dos idosos tomam pelo menos um medicamento para doença crônica. 45% dos idosos classificam sua saúde geral regular e 34,1% deles classificaram-na como boa. Através desse estudo, conclui-se que é imprescindível o conhecimento do cirurgião-dentista quanto à saúde geral de idosos, em virtude das possíveis interações medicamentosas e complicações clínicas que podem ocorrer no tratamento odontológico (SILVA e CATÃO, 2012).

A diabetes mellitus é considerada uma das principais doenças crônicas que afetam o homem moderno e sua importância nas últimas décadas vem crescendo, em decorrência de vários fatores, tais como: maiores taxas de urbanização, industrialização, sedentarismo, obesidade, aumento da esperança de vida e maior sobrevivência dos diabéticos (FRANCO, 1998). A abrange um grupo de distúrbios metabólicos que podem levar à hiperglicemia. No indivíduo os principais sintomas são polipsia, poliúria, polifagia e perda de peso. Há insuficiência vascular periférica, provocando distúrbios de cicatrização e alterações fisiológicas que diminuem a capacidade imunológica, aumentando a susceptibilidade às infecções. 3 a 4% dos pacientes adultos que se submetem a tratamento odontológico são diabéticos. Dentre as alterações bucais desses pacientes estão a hipoplasia, a hipocalcificação do esmalte, diminuição do fluxo e aumento da acidez e da viscosidade salivar, que são fatores de risco para cárie. O maior conteúdo de glicose e cálcio na saliva favorece o aumento na quantidade de cálculos e fatores irritantes nos tecidos. Ocorre xerostomia, glossodínia, ardor na língua, eritema e distúrbios de gustação (SOUSA et al., 2003)

Reumatismo é uma denominação utilizada para designar problemas de saúde que acometem as articulações e estruturas osteomusculares adjacentes, associados à dor e rigidez articular. O reumatismo representa a condição crônica mais indicativa de limitações de atividades físicas, principalmente mobilidade e autocuidado (GUCCIONNE et al., 2004). As

manifestações clínicas podem desencadear o aparecimento de incapacidades funcionais e deformidades relevantes (BETTERO et al., 2008).

Na maioria dos estudos populacionais por artrite reumatoide, osteoartrose ou pelo termo “artropatias”, tem destaque dentre as condições crônicas em razão da sua alta prevalência. Além disso, o curso evolutivo do processo reumático traz drásticas consequências no tocante à realização das atividades da vida diária (AVD), tornando-as cada vez mais difíceis de serem executadas e convergindo para o surgimento de incapacidades (PINTO JÚNIOR et al., 2010).

A PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1998 revelou que a artrite ou reumatismo foi à terceira condição de saúde autorreferida mais prevalente na população geral, sendo mais comum entre as mulheres (10,4%) do que entre os homens (5,8%), ficando somente atrás da doença da coluna ou das costas e hipertensão arterial sistêmica, respectivamente. Já nos anos de 2003 e 2008, os resultados da PNAD demonstraram que a prevalência de artrite ou reumatismo foi de 6,1% e 5,7% na população de adultos com 18 anos ou mais, respectivamente, mantendo a terceira posição das doenças crônicas autorreferidas (PINHEIRO et al., 2002; BARROS et al., 2011).

No estudo de Machado et al. (2004) em avaliar a prevalência e os fatores associados ao reumatismo, numa população de 1606 idosos (≥ 60 anos) de Bambuí, Minas Gerais, Brasil, os pesquisadores observaram que à maior prevalência de reumatismo foi em mulheres obesas e de escolaridade mais baixa.

Em pesquisa realizada com grupo de idosos, Lima-Costa et al. (2003) verificaram que a doença relatada com mais frequência foi hipertensão (43,9%), seguida por artrite/reumatismo (37,5%), doença do coração (19,0%), diabetes (10,3%), asma/bronquite (7,8%), doença renal crônica (6,8%), câncer (1,1%) e cirrose (0,3%); 69,0% dos idosos relataram ter pelo menos uma doença crônica, sendo esta proporção maior entre mulheres (74,5%) do que entre os homens (62,2%); além disso, observaram que a presença de pelo menos uma doença crônica aumentou com a idade em ambos os sexos.

Além das doenças sistêmicas, outro problema que acomete os idosos é a mudança na postura, o que acarreta um desequilíbrio corporal, sendo por vezes necessária a utilização de mecanismos de auxílio, com a bengala. As alterações do equilíbrio corporal, clinicamente caracterizadas como tontura, vertigem, desequilíbrio e queda, estão entre as queixas mais comuns da população idosa e constituem um problema médico de grande relevância (SIMOCELI et al., 2003).

Estima-se que a prevalência de queixas de equilíbrio na população acima dos 65 anos chegue a 85% (BITTAR et al., 2000; HIRVONEN et al., 1997). As fraturas decorrentes de quedas são responsáveis por aproximadamente 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos. Em comparação com as crianças, que também possuem elevada taxa de queda, os idosos apresentam 10 vezes mais hospitalizações e oito vezes mais mortes consequentes a estas quedas, taxa que aumenta em proporção direta com os anos de Sobrevida (FULLER, 2000; SIMOCELI et al., 2003).

O alinhamento postural/boa postura, é o estado de equilíbrio muscular e esquelético que protege as estruturas de suporte do corpo contra lesão ou deformidade progressiva, a má postura é uma relação defeituosa entre as várias partes do corpo que produz uma maior tensão sobre as estruturas de suporte, onde ocorre um equilíbrio menos eficiente do corpo sobre sua base de suporte. A boa postura depende de um bom equilíbrio que se torna eficaz, com a integridade de alguns componentes do organismo, como o sensorio-perceptual, integrador central e neuromusculoesquelético (CASSOL et al., 2007).

A postura ou a má postura, com suas consequências, fazem se presentes em todas as etapas da vida, porém são vistas como um problema na idade mais avançada. As alterações posturais no idoso são mais frequentes porque sofrem influências do envelhecimento normal e também das patologias musculoesqueléticas associadas. A postura pode ser a exteriorização do bem-estar, doença, autoestima, ou simplesmente dos processos do desenvolvimento ou do envelhecimento. As alterações posturais com queixas clínicas assinalam o começo gradual dessas modificações, das quais advém o comprometimento motor nas articulações podendo causar prejuízos pessoais e profissionais (KAUFFMAN, 2001).

Através da melhoria da postura e do fortalecimento muscular, o indivíduo aprende a diminuir o risco de fraturas e quedas, um dos maiores problemas físicos do idoso. Eventualmente, o peso do corpo pode quebrar a vértebra mais enfraquecida. Essas fraturas dolorosas provocam tremenda curvatura. Uma postura recurvada e arredondada para frente aumenta a chance de uma vértebra se quebrar, porque provoca estresse na área de maior risco de fratura. A prática da boa postura, não só reduzirá a chance de lesões, mas também, melhorará o desempenho nas atividades diárias (HAYFLICK, 1997).

2.1.2 Saúde Bucal do Idoso

O processo de envelhecimento não é responsável pelo aparecimento de doenças relacionadas à saúde bucal, mas estas estão geralmente presentes em indivíduos idosos. Algumas alterações são comuns no envelhecimento como diminuição da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição, diminuição da salivação, modificações no paladar e perda da dimensão vertical (SILVA e VALSECKI JÚNIOR, 2000; ROSA et al., 1993).

A situação bucal precária no idoso pode acarretar repercussões negativas na qualidade de vida da população idosa, como perda de dentes ou presença de dentes remanescentes com problemas de cárie ou doença periodontal, e próteses mal adaptadas que provocam alterações na capacidade da mastigação, deglutição, fala, paladar e na estética facial e dentária (UNFER et al., 2006). Portanto, a perda dentária ainda é um dos grandes problemas desta parcela da população nos países em desenvolvimento (LOCKER et al., 2001)

No Brasil a saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. O edentulismo ainda é aceito pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (PUCCA JÚNIOR, 1995; ROSA et al., 1993).

As implicações das perdas dentárias refletem diretamente nas funções estomatognáticas, considerando-se que a função mastigatória depende da participação dos dentes para cortar e triturar os alimentos, muitos estudos têm investigado a relação entre perda de elementos dentários e eficiência mastigatória (JORGE et al., 2009). As pessoas com falta de dentes ou com próteses insatisfatórias terão uma alimentação de baixa qualidade, pois a mastigação pode se tornar dolorosa e desagradável, levando a que os idosos optem por alimentos mais macios, mas sem os valores nutritivos de frutas e vegetais (SALGADO, 2002)

Silva et al. (2004) realizaram um estudo com 202 indivíduos, sendo 101 idosos (65 a 74 anos) e 101 adultos (35 a 44 anos), constataram que a porcentagem de edêntulos foi de 74,25% para os idosos e 8,91% para os adultos, sendo a média de dentes presentes de 3,19 e 22,10, respectivamente. Somente 1% dos adultos necessitava de próteses totais superiores e inferiores, já para os idosos estas necessidades foram de 48,5% e 45,5%, respectivamente.

Silva et al. (2010) analisaram a influência a utilização de implante/prótese em 24 pacientes com idades entre 37 e 76 anos dos cursos de pós-graduação em Implantes Dentários da AORJ, FAISA/CIODONTO (Rio de Janeiro, RJ) que foram submetidos a tratamento odontológico com implantes dentários. Os pacientes foram divididos em 5 grupos de acordo com

o tipo de prótese: próteses unitárias (18), múltiplas parciais (19), totais convencionais (4), totais removíveis sobre implante (3) e totais fixas (4). Estes autores verificaram que todos os pacientes apresentaram melhora na eficiência e sensibilidade mastigatória após a instalação das próteses. Porém todos os que receberam próteses dos tipos totais removíveis, sobre implantes ou não, e fixas sobre implantes, tiveram resultados de 100% com bom processamento de todos os tipos de alimentos. Os usuários de próteses unitárias ficaram em seguida com 87,5% de bom processamento de alimentos sólidos e 100% nos alimentos suaves e duros e, em último ficaram os usuários de próteses múltiplas com 85,7% de bom processamento de alimentos suaves e 78,6% nos alimentos sólidos e duros.

Unfer et al. (2006) relacionaram a utilização de próteses removíveis e prótese total com a capacidade dos idosos mastigarem dois tipos de alimentos (carne e maçã), estes observaram primeiramente que de um total de 122 entrevistados (91,7%) usam prótese e a maioria (66%) prótese total, constataram também que a maioria dos indivíduos que possuem prótese total em ambas as arcadas não conseguem morder ou mastigar maçã e que a capacidade de mastigar carne foi melhor, independente da prótese total ser em ambas as arcadas ou unimaxilar, observaram ainda que a situação daqueles que possuem prótese removível parece ser favorável para ambos os alimentos, pois a possibilidade de permanência de dentes naturais é maior, o que se traduz em uma capacidade mastigatória mais elevada.

A reabilitação oral com próteses fixas ou prótese parcial removível (PPR) desempenha um papel importante no restabelecimento da saúde bucal e sistêmica de pacientes edentulos. Fatores biológicos, mecânicos, estéticos e psicológicos estão associados à aceitação das próteses e, conseqüentemente, com o sucesso do tratamento (LIMBERGER, 2010).

O edentulismo gera impactos sobre a vida do idoso reduzindo a capacidade mastigatória, insatisfação com estética bucal, constrangimentos e redução da autoestima. Embora o uso de próteses exija mudanças de hábitos alimentares e de higiene, uma condição bucal insatisfatória ameaça à manutenção de boas relações sociais e afetivas. Além disso, em se tratando de prótese removível, o processo de higiene bucal exige a retirada da prótese para a limpeza adequada. Isso tende a gerar constrangimentos ao portador. Nem sempre há um local privado para este procedimento, sobretudo quando em ambientes públicos tais como restaurantes e similares (DIAS et al., 2008).

Um dos requisitos de sucesso para as próteses sobre implante é a satisfação estética e funcional. Pacientes com grande reabsorção óssea podem vir a ter problemas de mastigação devido à má adaptação de dentaduras convencionais (SILVA et al., 2010).

Silva e Valsecki Júnior (2000) avaliaram as condições de saúde bucal em pessoas com 60 anos ou mais no Município de Araraquara, Estado de São Paulo, Brasil. Participaram da pesquisa 194 pessoas (91 institucionalizadas, com idade média de 73,6 anos, e 103 não institucionalizadas, com idade média de 69,3 anos). Estes pesquisadores verificaram que 72% dos institucionalizados e 60% dos não institucionalizados, 80% e 61% se encontravam com próteses inadequadas.

Batista et al. (2008) avaliaram as condições de saúde bucal de 43 idosos institucionalizados de Campina Grande – PB, através de um questionário específico, os idosos foram submetidos a um exame clínico. Estes autores verificaram que 71,42% dos entrevistados relataram que não receberam orientação sobre higiene bucal na instituição; 48,83% apresentam ou apresentaram algum hábito; apenas 12% conheciam a relação entre a saúde bucal e a saúde geral, 74,41% necessitava de prótese e 25,58% a usavam; 79,06% apresentaram um ou mais problemas de saúde bucal e foram encontradas diversas lesões bucais.

Considerando o alto número de indivíduos que usam prótese, é necessário implementar programas de educação em saúde enfatizando os aspectos que envolvem a manutenção das mesmas, com vistas a assegurar que a capacidade mastigatória seja a melhor possível, sem prejuízos para a nutrição, função e estética dos idosos (UNFER et al., 2006). A implementação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa brasileira (COLUSSI e FREITAS, 2002).

2.2 Índice de Capacidade Mastigatória

Segundo Yurkstas (1965), a função da mastigação é preparar o alimento para a deglutição e que o tempo necessário à redução das partículas do alimento depende do número de dentes e do tamanho das partículas que o indivíduo deglute. Quando há uma diminuição na eficiência mastigatória o indivíduo passa a mastigar por um período maior de tempo ou deglutir partículas maiores de alimentos. Os hábitos mastigatórios não se alteram, mesmo que a eficiência

mastigatória encontra-se diminuída. Existe uma grande variação no número de ciclos que as pessoas utilizam para triturar o alimento, entretanto esta seria uma característica individual e não dependeria do estado da dentição. Leake et al. (1990), em seu trabalho, verificou que aproximadamente 77% da população estudada poderiam morder a maçã e 11% poderiam mastigar a carne, mas não a maçã. Para este autor, a maçã tornou-se o padrão para medir a capacidade mastigatória, isto é, aqueles que conseguiram morder a maçã (escore 5) foram classificados como indivíduos com capacidade mastigatória, e aqueles que não o conseguiram foram classificados nos demais escores (4 a 0) e tidos como indivíduos que apresentavam deficiência na capacidade mastigatória.

Chama a atenção o fato de que aproximadamente 20% dos indivíduos não estão satisfeitos, embora possam mastigar ou morder maçã e carne. Isto pode ser explicado pelo fato de que a auto percepção da satisfação com a mastigação difere da sua classificação no índice utilizado neste trabalho, como acontece nos estudos sobre a auto percepção de saúde e o estado clínico dos indivíduos, onde se constata que não existe uma relação direta entre o que as pessoas sentem ou veem e o estado clínico dos dentes e da boca. A condição mastigatória satisfatória pode ser relatada pelos indivíduos mesmo com o uso de próteses ou presença de alterações dentárias e periodontais (SILVA e FERNANDES, 2001; STRAUSS e HUNT, 1993; OLIVEIRA et al.2002; MARINO, 1994).

Um total de 122 idosos usa prótese (91,7%), a maioria prótese total (66%). Este quadro reflete os dados epidemiológicos observados na população de Santa Maria e do Rio Grande do Sul. As próteses totais superiores são utilizadas por 70,4% dos indivíduos acima de 65 anos que usam prótese no Estado (ELY, 2002). Em Santa Maria, 86,49% dos idosos acima de 65 anos usam prótese e 58,56% usam prótese inferior (UNFER, 2003).

Andrade e Seixas (2006) avaliaram a capacidade mastigatória de 30 usuários de próteses totais bimaxilares, e observaram que apesar dos entrevistados possuírem as mesmas próteses a mais de 10 anos, 86% relatou dificuldade em mastigar.

Durante o processo de mastigação, a capacidade para controlar o bolo alimentar geralmente é afetada de acordo com o funcionamento dos músculos no que diz respeito à sua motilidade e dos proprioceptores orais que se relacionam com a sensação intra-oral. A partir desse momento, surge a preocupação em relação ao risco de um movimento de posteriorização do alimento resultando em um escape precoce do bolo, cuja principal consequência é o acometimento da integridade das vias respiratórias (OSTERBERG et al., 2002).

A capacidade mastigatória de acordo com Barbosa (1997) é a habilidade do paciente em fragmentar ou não alimentos com diferentes texturas em seu cotidiano. A avaliação é feita pelo próprio paciente em resposta a um questionário, em que opera uma análise de seu potencial em fragmentar diversos tipos de alimentos, baseando-se na sua própria experiência pessoal. Está relacionada com: número de dentes presentes; perda de suporte oclusal; tipo e qualidade das próteses; força máxima de mordida; presença de sequelas orais; e tipo de dieta (SUBIRÁ-PIFARRÈ e SOARES, 2001).

Com a perda de um dente, a capacidade mastigatória reduz-se para 70%, podendo chegar a 25% em indivíduo usuário de prótese total e/ou parcial. Essa alteração na função oral pode acarretar mudanças na escolha dietética, levando o idoso a optar por alimentos de textura macia, de fácil mastigação e nem sempre com qualidade nutricional adequada (MORIGUCHI, 1992; ROISINBLIT, 1995). A perda de parte da capacidade mastigatória em pacientes portadores de prótese e da sensibilidade mastigatória não está apenas relacionada com o uso de aparelhos protéticos, mas também às condições periodontais satisfatórias desses pacientes (BECK et al., 1985). Dessa forma, a redução da atividade mastigatória pode implicar em alterações no trabalho neural do encéfalo (YAMAMOTO e HIRAYAMA, 2001).

2.3 Índice de Katz

O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD), desenvolvido por Sidney Katz, é um dos instrumentos mais antigos e também dos mais citados na literatura nacional e internacional, embora tenha sido citado pela primeira vez em 1963 (DUARTE et al., 2007; KATZ et al., 1963). Segundo este índice os idosos eram classificados como independentes se eles desenvolvessem a atividade (qualquer das seis propostas) sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto (DUARTE et al., 2007).

Avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas para o desempenho das tarefas da vida cotidiana, para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia-a-dia. De modo geral, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades

necessária para cuidar de si mesma e de seu entorno e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total (WILKINS, 2001).

A cada ano, cerca de 10% da população adulta, a partir dos 75 anos perde a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal. A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida diária são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível à independência, com isso o idoso mantém a sua capacidade funcional (DÍAS e OROZCO, 2002; FEDRIGO, 1999).

Em 1963, Katz et al. relataram a dependência para cada uma das atividades propostas, tais com:

a) a avaliação da atividade “banhar-se” era realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também eram considerados independentes os idosos que recebessem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades. A designação de dependência parcial era feita aos idosos que recebiam assistência para banhar-se em mais de uma parte do corpo ou necessitavam de auxílio para entrar ou sair da banheira e de dependência total para aqueles que não eram capazes de banharem-se sozinhos;

b) para avaliar a função “vestir-se” considerava-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas eram compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos foi excluído da avaliação. A designação de dependência era dada aos pacientes que recebiam alguma assistência pessoal ou que permaneciam parcial ou totalmente despidos;

c) a função “ir ao banheiro” compreendia o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes poderiam ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso alterasse sua classificação. Dependentes eram aqueles que recebiam qualquer auxílio direto ou que não desempenhassem a função. Aqueles que utilizassem “papagaios” ou “comadres” também eram considerados dependentes;

d) a função “transferência” era avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não alterava a classificação de independência para a função.

Dependentes eram os pacientes que recebiam qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executavam uma ou mais transferências;

e) “continência” referia-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência estava relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classificava o paciente como dependente;

f) a função “alimentação” relacionava-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los estava excluído da avaliação. Dependentes eram os idosos que recebiam qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentavam sem ajuda ou que utilizavam sondas enterais para se alimentarem eram considerados dependentes bem como os que eram nutridos por via parenteral.

Conforme Ferrin (2012) a utilidade atual do Índice de Katz é descrever o nível funcional dos pacientes, prever a necessidade de reabilitação, comparar o resultado de diversas intervenções, acompanhar a evolução dos pacientes e do tratamento; prever a necessidade de institucionalização e fazer parte da avaliação interdisciplinar em unidades de geriatria.

Guimarães et al. (2004) avaliaram a capacidade funcional de 40 idosos, utilizando o Índice de Katz nos pacientes que se encontravam em tratamento fisioterápico na clínica escola do UNILAVRAS, nos setores de neurologia (21 idosos) e ortopedia (19 idosos). Estes autores relataram que os idosos em tratamento fisioterápico por patologias neurológicas apresentaram menor capacidade funcional e, conseqüentemente, uma maior dependência quando comparados com aqueles que apresentaram patologias ortopédicas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as condições de saúde bucal e sistêmica dos idosos assistidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social-SEMAS do município de Campina Grande-PB.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sócio demográficas dos idosos;
- Verificar as condições de saúde físicas geral e o estado de saúde bucal desses idosos;
- Avaliar o grau de independência pelo Índice de Katz;
- Avaliar o índice de Capacidade mastigatória dos idosos.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipologia do Estudo

Foi realizado pesquisa do tipo transversal, descritiva e exploratória.

4.2 Aspectos Éticos

Seguindo os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa com seres humanos, o presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba e após sua aprovação sob o número CAAE – 0572.0.133.000-09 (ANEXO) foi iniciada a Pesquisa.

4.3 População

A população foi composta por 100 idosos que atualmente estavam cadastrados no Programa Conviver da Secretaria Municipal de Assistência Social e que estão distribuídos em 12 Grupos de Convivência para idosos distribuídos pelos seis Distritos Sanitários de Campina Grande-PB (Figura 1).

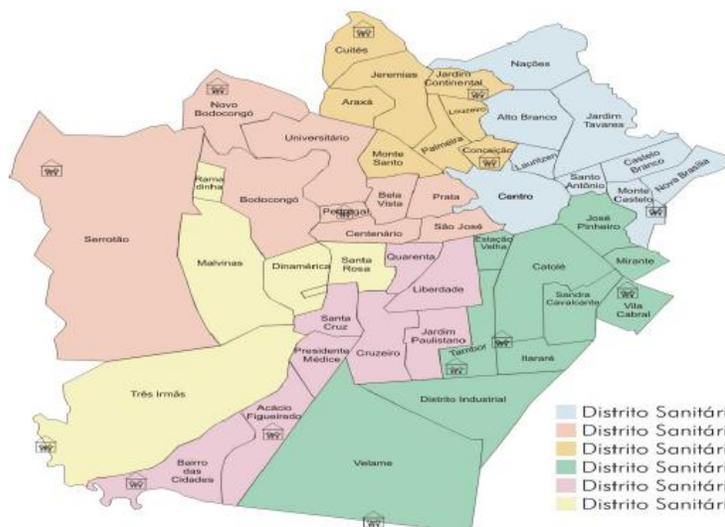


Figura 1 - Mapa dos distritos sanitários de Campina Grande (Fonte: HAMAD, 2008)

4.4 Coleta de Dados

Foram entrevistados 100 idosos que tinham 60 ou mais anos, e viviam funcionalmente independentes, isto é, que a despeito de apresentarem algumas doenças crônicas controladas por medicação e/ou algum declínio sensorial associado com a idade, vivam sem a necessidade de ajuda para o desempenho de atividades básicas de vida diária.

Os instrumentos de coleta de dados foram compostos por questionários: As características sócio demográficas investigadas incluíram idade, sexo, estado civil, quantidade de habitantes que residem com o idoso, onde residia quem era o responsável pela renda familiar, se a mesma era suficiente para suas necessidades se tinha plano de saúde, se era aceito pela família, sua situação atual e se participava de atividades sociais. Além disso, variáveis de saúde geral como a auto percepção da saúde geral, doenças sistêmicas (diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares), capacidade funcional e utilização de próteses também foram estudadas.

Foi aplicado o índice de Katz modificado, composto por 06 atividades básicas: banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. Uma pontuação 6 indica que o idoso é independente, ou seja, possui habilidade para desempenhar tarefas cotidianas. Uma pontuação 4 indica uma dependência parcial, podendo o idoso requerer ou não auxílio. Uma pontuação igual ou inferior a 2 implica na necessidade de assistência, indicando uma dependência importante. Esta escala pode ser observada na Tabela 1.

Neste estudo foi utilizado o índice de capacidade mastigatória auto percebida proposto por Leake (Tabela 2). O índice foi composto por cinco questões sobre a capacidade em mastigar ou morder certos tipos de alimentos. A esta escala foi atribuído um escore que varia de 0 a 5 de acordo com a auto percepção do indivíduo a respeito da sua capacidade mastigatória. Os indivíduos foram então classificados como apresentando capacidade mastigatória deficiente (escore 0 a 3) ou satisfatória (escore 4 a 5). Aqueles indivíduos que se considerarem capazes de comer maçã inteira com casca e/ou carne (escores 4 e/ou 5) foram classificados como indivíduos com capacidade mastigatória satisfatória. Aqueles que não o conseguirem foram considerados com capacidade mastigatória deficiente (escores 0-3).

Quadro 1 - Índice de Katz – Escala de Atividade de Vida Diária

Atividade	Independente	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.		
2. Vestir-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.		
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol á noite).		
4. Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador)		
5. Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem “acidentes ocasionais”).		
6. Alimentação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.		

Fonte: FREITAS et al. (2002)

Quadro 2 – Índice de capacidade mastigatória

Você pode mastigar ou morder os seguintes alimentos			
Tipo de alimento	Sim	Não	Escore
1. Maça inteira com casca, sem cortá-la			5
2. Bife, carne e costela			4
3. Cenoura crua (inteira)			3
4. Salada crua (alface, pepino, tomate)			2
5. Salada cozida (brócolis, cenoura, chuchu, vagem)			1
6. Nenhum dos itens acima			0

4.5 Análises dos Dados

A análise estatística foi realizada por meio de técnicas descritivas e tabelas com frequências absolutas e relativas.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se aos 100 idosos entrevistados que se enquadram na faixa etária de 62 a 88 anos com idade média de 72 anos. A maioria dos idosos encontra-se na faixa etária de 60 a 70 anos (47%), seguido de 35% na faixa etária de 71 a 80 anos e 18% faixa etária de 81 a 90 anos. Dos entrevistados verificou-se que 91% eram do gênero feminino e 9% do masculino, conforme pode ser verificado na Tabela 1. Também se observa que o estado civil foi com 37% de viúvo e casado (33%), sendo ainda 15% divorciado e 13% solteiro. Todos declararam que são aceitos pela família.

Tabela 1 - Distribuição da frequência das variáveis socioeconômica dos idosos segundo o gênero, estado civil e aceitação pela família. Campina Grande/PB, 2012.

Item avaliado	Resultado
Gênero	
Feminino	91%
Masculino	9%
Faixa etária	
60 a 70 anos	47%
71 a 80 anos	35%
81 a 90 anos	18%
Estado civil	
Casado (a)	33%
Solteiro (a)	13%
Viúvo (a)	37%
Divorciado (a)	15%
Outros	2%
Aceitação pela família	
Sim	100%
Não	0%

Na Tabela 2 tem-se a distribuição dos idosos segundo situação atual, tipo de residência, responsabilidade pela renda familiar e se tem plano de saúde. De todos os idosos pesquisados 97% eram aposentados e 3% recebem pensão. Sendo que a maioria (80%) reside em casa própria, 15% em casa alugada e apenas 5% em casa cedida. Contudo, plano de saúde 60% declararam ter assistência à saúde, já 40% não.

Tabela 2 - Distribuição da frequência dos idosos pesquisados segundo situação atual, tipo de residência, responsabilidade pela renda familiar e plano de saúde. Campina Grande/PB, 2012.

Item avaliado	Resultado
Situação atual	
Aposentado (a)	97%
Pensionista	3%
Tipo de residência	
Casa própria	80%
Casa alugada	15%
Casa cedida	5%
Plano de saúde	
Sim	60%
Não	40%
Total	100%

Observando a Tabela 3, que apresenta a distribuição dos idosos pesquisados segundo moradia (quantidade de habitantes), responsabilidade pela renda familiar e se esta renda é suficiente para prover as necessidades dos idosos, nota que 62% residem com 1 a 3 pessoas, 19% de 4 a 6, 16% moram sozinhos, e 3% de 7 a 10 pessoas. Quando questionados sobre quem é responsável pela renda familiar, 46% responderam que eram os mesmos, 26% o casal de idosos, 20% o idoso junto com o filho (os) e 8% o filho (os). Além disso, 67% declararam que a renda familiar é suficiente para suas necessidades, mas 33% disseram que não.

Tabela 3 - Distribuição da frequência dos idosos segundo moradia (quantidade de habitantes), responsabilidade pela renda familiar e se esta é suficiente. Campina Grande/PB, 2012.

Item avaliado	Resultado
Quantidade de habitantes	
Sozinho (a)	16%
1-3 pessoas	62%
4-6 pessoas	19%
7-10 pessoas	3%
Renda familiar	
Idoso (a)	46%
Casal de idosos	26%
Idoso (a) e filhos	20%
Filhos	8%
Renda suficiente	
Sim	67%
Não	33%
Total	100%

No que se refere a atividades sociais (Tabela 4), 40,5% dos idosos participam de grupos de convivência, 26,7% frequentam a igreja, 26,3% visitam parentes e amigos, 6,5% praticam esporte e nenhum (0,0%) participam de clubes ou fazem trabalhos voluntários. É importante ressaltar que neste item os idosos podiam marcar mais de uma alternativa.

Tabela 4 - Distribuição da frequência dos idosos segundo as atividades sociais. Campina Grande/PB, 2012.

Item avaliado	Resultado
Atividade social	
Grupo de convivência	40,5%
Clubes	0%
Trabalhos sociais	0%
Igreja	26,7%
Visitas (parentes/amigos)	26,3%
Esportes	6,5%
Total	100%

Analisando a Tabela 5, que representa dados da distribuição dos idosos entrevistados a higiene bucal, verificou-se que (64%) responderam que escovavam os dentes duas vezes ao dia, (32%) escovavam mais de 3 vezes ao dia e apenas (4%) somente uma vez.

Tabela 5 - Distribuição da frequência dos idosos na higiene bucal. Campina Grande/PB, 2012.

Item avaliado	Resultado
Higiene bucal	
Escovam mais de 3 vezes ao dia	32%
Escovam 2 vezes ao dia	64%
Somente uma vez	4%
Total	100%

Na Tabela 6, tem-se a distribuição dos idosos pesquisados segundo estado geral do paciente, a primeira avaliação refere-se às patologias apresentadas pelos idosos (neste item também é importante ressaltar que os entrevistados podiam marcar mais de uma alternativa), constatou-se que quase a metade (48,3%) responderam que tem hipertensão, seguido de (42,5%) de doenças reumáticas (artrite e artrose), (7,3%) diabetes, (1,3%) tireoide e (0,7%) câncer. Dos

idosos estudados apenas (2%) apresentam alteração da postura e da marcha, enquanto (98%) não constatam esta modificação, além disso, todos eles não utilizavam acessórios para auxiliar na locomoção.

Tabela 6 - Distribuição da frequência das patologias sistêmicas, alterações da postura e da marcha e uso de acessório para locomoção dos idosos. Campina Grande/PB, 2012.

Item avaliado	Resultado
Patologias	
Hipertensão	48,3%
Diabetes	7,3%
Doenças reumáticas	42,5%
Tireoide	1,3%
Câncer	0,7%
Alteração da postura e da marcha	
Sim	2%
Não	98%
Uso de acessório para locomoção	
Sim	0%
Não	100%
Total	100%

Todos os idosos entrevistados afirmaram serem funcionalmente independentes. Quando questionados sobre o Índice de Katz todos responderam que não precisavam de ajuda no banho, eram capazes de vestir-se, fazer sua higiene pessoal, deitar-se e levantar-se sem ajuda, tem autocontrole do intestino e da bexiga e se alimentam sem ajuda.

Na Tabela 7, observou-se que quando questionados sobre a capacidade mastigatória, verificou-se que (99%) dos idosos entrevistados, são capazes de comer salada cozida, (98%) salada crua, (70%) bife, carne e costela, (65%) maçã inteira com casca, sem cortá-lo e (56%) cenoura crua (inteira), portanto todos apresentaram capacidade mastigatória satisfatória.

Tabela 7 – Distribuição das respostas de 100 idosos sobre a capacidade mastigatória de determinados alimentos. Campina Grande/PB, 2012.

Tipo de alimento	Índice	Sim		Não		Total (%)
		n	%	n	%	
Maça inteira com casca, sem cortá-lo	5	65	65	35	35	100
Bife, carne e costela	4	70	70	30	30	100
Cenoura crua (inteira)	3	56	56	44	44	100
Salada crua	2	98	98	2	2	100
Salada cozida	1	99	99	1	1	100
Nenhum dos itens acima	0	0	0	0	0	0

Na Tabela 8 tem-se a distribuição dos idosos pesquisados segundo o uso de próteses. A partir dos resultados verificou-se que 81% dos entrevistados fazem uso prótese e 19% não.

Tabela 8 – Distribuição da frequência dos idosos que faz uso de prótese dentária. Campina Grande/PB, 2012.

Item avaliado	Resultado	
	n	%
Faz uso de prótese		
Sim	81	81
Não	19	19
Tipo de prótese	n	%
PPR	8	9,9
Fixa	0	0,0
Total - superior	12	14,8
Total - inferior	1	1,2
Total super/infer	60	74,1
Condições da prótese	n	%
Boa	70	70
Ruim	30	30
Total		100%

Quanto ao tipo de prótese a maioria (67%) utilizava prótese total superior e inferior, 16% prótese parcial removível, 10% usavam prótese total superior e 7% prótese total inferior. Com relação às condições da prótese 70% apresentavam-se em boas condições, sendo que 30% haviam necessidade de substituir a prótese.

Verifica-se na Tabela 9 a correlação dos dados do índice mastigatório e o tipo de prótese utilizada pelos idosos entrevistados. Para a construção da tabela foram analisados os 81 questionários dos idosos que declaram utilizar prótese como constam na Tabela 8. É importante ressaltar que na Tabela 9 não foram utilizados os dados dos entrevistados que declararam usar prótese total inferior, pois de acordo com o observado na Tabela 8, apenas um idoso afirmou fazer uso da mesma, ou seja, devido à amostra ser muito pequena a mesma foi desprezada, além desta conforme também pode ser verificado na Tabela 8, nenhum entrevistado indicou usar prótese fixa.

A partir dos dados da Tabela 9, constata-se que a capacidade mastigatória dos idosos que usam a prótese total superior é inferior aos que usam prótese parcial removível e prótese total superior e inferior. Nota-se também que os idosos que utilizam prótese parcial removível e prótese total superior e inferior, apresentam capacidade mastigatória satisfatória, visto que analisando a capacidade destes dois grupos em comer bife, carne e costela e maçã inteira com casca, sem cortá-la, estes dois grupos apresentaram resultados próximos com valores superiores a 60%.

Tabela 9 – Correlação entre o índice de capacidade mastigatória e o tipo de prótese utilizada pelos idosos entrevistados. Campina Grande/PB, 2012.

Tipo de alimento	Índice	PPR				Total superior				Total super/infer			
		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maça inteira com casca, sem cortá-lo	5	5	62,5	3	37,5	5	41,7	7	58,3	38	63,3	22	36,7
Bife, carne e costela	4	7	87,5	1	12,5	4	33,3	8	66,7	53	88,3	7	11,7
Cenoura crua (inteira)	3	5	62,5	3	37,5	4	33,3	8	66,7	37	61,7	23	38,3
Salada crua	2	7	87,5	1	12,5	9	75,0	3	25,0	57	95,0	3	5,0
Salada cozida	1	8	100,0	0	0,0	9	75,0	3	25,0	57	95,0	3	5,0
Nenhum dos itens acima	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

6. DISCUSSÃO

A proposta de avaliar as condições de saúde bucal e sistêmica de um grupo de idosos tem por finalidade fundamentar ações que possibilitem melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional. A aposentadoria se caracteriza por ser à saída do mundo do trabalho e a entrada no mundo doméstico, pela passagem de um mundo de poder para um mundo onde o poder está nas mãos de outros, e simboliza para alguns a perda de um papel social fundamental – o de indivíduos produtivos (STUCCHI, 2000; PEIXOTO, 2000).

A pesquisa mostra também que a maioria dos idosos reside em casa própria e tem plano de saúde, corroborando com o estudo de Mesas et al. (2006) afirmam que idosos que moram no próprio lar e que são funcionalmente independentes apresentam menor interferência das comorbidades comumente encontradas em idosos institucionalizados e/ou com alto grau de dependência, o que lhes permite maior autonomia nos cuidados necessários à conservação de sua saúde bucal. Nas residências vivem em média de 1-3 (62%), a renda familiar é de responsabilidade do idoso (46%), sendo a mesma suficiente (67%) para as suas necessidades.

O grupo de idosos avaliado declarou que como atividade social a maioria tem preferência por participar de grupos de convivência irem à igreja e visitarem parentes e amigos sendo que uma minoria pratica esporte. Este último dado é um pouco preocupante visto que a prática de esporte ou atividade física especificamente para esta faixa etária representa uma melhora na sua saúde e uma prevenção do aparecimento de doenças sistêmicas.

Algumas idosas afirmaram estar satisfeitas em frequentar os grupos de convivência, pois encontravam as amigas, viajavam e brincavam, além disso, estas relataram também participar de mais de um grupo por se sentirem felizes, e só se ausentavam dos encontros quando estavam doentes.

Quando questionados sobre a sua higiene bucal verificou-se que a maioria escovava os dentes duas vezes ao dia. O Ministério da Saúde desenvolveu, em parceria com outras instituições, o levantamento epidemiológico “Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SB Brasil, 2003”, que utilizou perguntas fechadas para determinar a auto percepção da saúde bucal de idosos brasileiros. Os resultados obtidos foram: 45,99% dos idosos de 65 a 74 anos consideram sua saúde bucal boa; 27,48% consideram-na regular; 8,01%, ruim; e 2,46% não sabem (BRASIL, 2003).

Estima-se que a prevalência de queixas de equilíbrio na população acima dos 65 anos chegue a 85%, estando associada a várias etiologias, e podendo se manifestar como desequilíbrio, desvio de marcha, instabilidade, náuseas e quedas frequentes. Essas alterações do controle postural estão associadas, na população idosa, a maior risco de queda e suas consequentes sequelas, que apresentam elevada morbidade (BITTAR et al., 2000; HIRVONEN et al., 1997; SCHUKNECHT, 1974; WEINCHUCH et al., 1989). Os idosos participantes desta pesquisa declararam não apresentar alteração na postura nem na marcha, além disso, os mesmos não fazem uso de acessórios de locomoção.

A capacidade funcional, em estudos da população idosa, é geralmente dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população (CORNONI-HUNTLEY et al., 1986). A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida diária são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível à independência, com isso o idoso mantém a sua capacidade funcional (FEDRIGO, 1999).

Quando questionadas com relação à capacidade funcional os entrevistados respondiam com orgulho que eram independentes, ou seja, eram capazes de se vestir, calçar e cozinhar sozinhos. Muitos afirmavam: “Graças a Deus sou capaz de realizar minhas atividades sozinho (a)”.

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas, segundo MEDINA (1998) no presente estudo verificou-se que os idosos entrevistados afirmaram serem funcionalmente independentes, ou seja, não precisavam de ajuda no banho, são capazes de vestir-se, fazer sua higiene pessoal, deitar-se e levantar-se sem ajuda, tem autocontrole do intestino e da bexiga e se alimentam sem ajuda.

No que se refere à capacidade mastigatória, constatou-se que os idosos apresentaram capacidade mastigatória satisfatória, sendo os mesmos capazes de comer maçã inteira com casca, sem cortá-la e bife, carne e costela. Uma saúde bucal pobre, com falta de mastigação e percepção dos alimentos, é um dos fatores que contribuem para uma pobre ingestão dietética em

pessoas de mais idade (LINDEN et al., 2011). Dentre os aspectos relacionados à mastigação, torna-se importante investigar as preferências alimentares dos indivíduos com perdas dentárias a fim de verificar se há alguma dificuldade específica para mastigar determinado tipo de alimento (JORGE et al., 2009). Alterações na capacidade mastigatória do idoso são, na maioria das vezes, devidas ao aparecimento frequente de cáries e doenças periodontais; às próteses totais ou parciais mal adaptadas ou em péssimo estado de conservação, e à ausência de dentes. Esses fatores interferem no comportamento inicial do processo digestivo, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso (SHEIHAM et al., 1999).

Uma função mastigatória deficiente resulta em consumo preferencial de alimentos mais macios e fáceis de serem mastigados, os quais, por possuírem poucas fibras e serem pobres em nutrientes, comprometem o estado nutricional dos indivíduos. A dificuldade de mastigar determinados alimentos por vezes causa constrangimentos às pessoas, o que pode implicar o aparecimento de distúrbios psicossociais que afetam negativamente a qualidade de vida (WAYLER et al, 1983; PAPAS et al, 1998; SHEIMAN et al. 2001).

A perda progressiva dos elementos dentais e o uso de próteses totais vêm sendo relacionados com a perda de apetite entre indivíduos idosos. Os idosos que fazem uso de próteses totais tendem a selecionar sua alimentação, consumindo alimentos facilmente mastigáveis, tais como alimentos pobres em fibras e com baixa densidade nutricional, o que pode comprometer sua saúde geral quando vinculada a condições sociais, culturais e econômicas desfavoráveis 56. Isto porque, as pessoas que usam dentaduras têm uma eficiência mastigatória reduzida em até 85% em relação àquelas com dentes naturais, o que as leva a diminuir o consumo de carnes, frutas e vegetais frescos, e optar por uma alimentação mais macia, pobre em fibras, vitaminas e minerais (CAMPOS et al., 2000; UNFER et al., 2006).

Os idosos entrevistados nesta pesquisa a maioria relataram que usavam prótese total superior e inferior, e as mesmas estavam em boas condições, contudo observa-se que no estudo de Silva e Valsecki (2000) verificaram um percentual de 80% de próteses inadequadas (próteses quebradas, com dentes gastos ou com falta de um ou mais dentes) em 194 pessoas avaliadas com 60 anos ou mais. Fazendo a correlação dos dados da capacidade mastigatória com o tipo de prótese utilizada pelos idosos entrevistados, constatou-se que aqueles que fazem uso de prótese capacidade mastigatória satisfatória, onde a maioria relatou poder comer bife, carne e costela e mais de 80% maçã inteira com casca, sem cortá-la, para ambas as próteses.

7. CONCLUSÃO

A distribuição da amostra revelou um predomínio de mulheres, viúvas, aposentadas, com plano de saúde, residem em casa própria com uma média de habitantes de 1 a 3 pessoas, com renda familiar suficiente para suas necessidades e de responsabilidade dos idosos, participa de grupos de convivência, frequentam a igreja e visitam parentes e amigos, a maioria dos idosos entrevistados apresentaram doenças sistêmicas. Mais da metade relataram escovar os dentes duas vezes ao dia.

O Índice de Katz demonstrou que todos os idosos são independentes em todos os itens. Os alimentos que representam maior dificuldade de mastigação do grupo de idosos estudados foram cenoura crua, carnes e maçã, além disso, os idosos que fazem uso de prótese apresentaram capacidade mastigatória satisfatória.

8. REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. M. S.; SEIXAS, Z. A. Condição mastigatória de usuários de próteses totais. **International Journal of dentistry**, v.1, n.2, p.48-51, 2006.

BARBOSA, L. C. **Avaliação da capacidade mastigatória em pacientes portadores de arco dental reduzido**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 1997.

BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3755-3768, 2011.

BATISTA, A. L. A.; BARBOSA, E. C. S.; GODOY, G. P., CATÃO, M. H. C. de V.; LINS, R. D. A. U.; MACIEL, S. M.de L. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no município de Campina Grande – PB. **Odontologia. Odontologia Clínica Científica**, v.7, n.3, p.203-208, 2008.

BECK, J.; HUNT, R. J. Oral health status of institutionalized elderly and hand capped. **Journal of Dental Educacion**, v.49, n.6, p.407-25, 1985.

BETTERO, R. G.; CEBRIAN, R. F. M.; SKARE, T. L. Prevalência de manifestações oculares em 198 pacientes com artrite reumatóide: um estudo retrospectivo. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v.71, n.3, p.365-369, 2008.

BITTAR, R. S. M.; PEDALINI, M. E. B.; SZNIFER, J.; FORMIGONI, L. G. Reabilitação Vestibular: Opção Terapêutica na Síndrome do desequilíbrio do idoso. **Gerontologia**, v.8, n.1, p.9-12, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde bucal**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002- 2003: resultados principais**. Brasília: MS; 2003.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o Consumo Alimentar e a Nutrição do Idoso. **Revista de Nutrição**, v.13, n.3, p.157-165, 2000.

CASSOL, E.; DIAS, D. R. S.; DALMAGRO, N. M. **Análise de desvios posturais nos participantes grupo de idosos geração experiência na cidade de Bom Jesus – SC.** 2007. Disponível em : http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/desvios_edineia/desvios_edineia.htm. Acesso: agosto de 2012.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1313-1320, 2002.

CORNONI-HUNTLEY, J.; BROCK, D. B.; OSTFELD, A. M.; TAYLOR, J. O.; WALLACE, R. B., **Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly.** Washington, DC: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. 1986.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG**, v.5, n.2, 2003. Versão on line. (www.proec.ufg.br).

DIAS, L. C. S.; CORDEIRO, G. P.; OLIVEIRA, L. S.; PEREIRA, V. G.; RODRIGUES, S. M.; DIAS, C. A. **Interferência da condição de saúde bucal do idoso em sua vida social e afetiva.** 2008. Disponível em : http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A135.pdf. Acesso: setembro de 2012.

DÍAZ LIC, OROZCO LS. Evoluación funcional Del anciano. **Revista Cubana de Enfermeria**, v.18, n.3, p.184-188, 2002.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.41, n.2, p.317-325, 2007.

ELY, H. C. Condições de saúde bucal na população. Resultados parciais. **Jornal do CRO**. p. 10. 2002.

FEDRIGO, C. R. A. M. Fisioterapia na Terceira Idade - O Futuro de Ontem é Realidade de Hoje. **Revista Reabilitar**, v.5, p.18-26, 1999.

FERRÍN, M. T. **Índice de Katz - Actividades Básicas De La Vida Diária (ABVD).** Disponível em: <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf>. Acesso em: junho 2012.

FRANCO, L. J. **Epidemiologia do diabetes mellitus.** In: LESSA I. O adulto brasileiro e as doenças damodernidade, epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec:Abrasco, 1998. p.123-37.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação geriátrica Global**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

FULLER, G. F. Falls in the elderly. **American Family Physician**, v.61, n.7, p.2159-2174, 2000.

GUCCIONNE, A. A.; FELSON, D. T.; ANDERSON, J. J.; ANTHONY, J. M.; ZHANG, Y.; WILSON, P. W. F.; KELLY-HAYES, M.; WOLF, P. A.; KREGER, B. E.; KANNEL, W. B. The effect of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. **American Journal of Public Health**, v.84, n.3, p.351-358, 1994.

GUIMARÃES, L. H. C. T.; GALDINO, D. C. A.; MARTINS, F. L. M.; ABREU, S. R.; LIMA, M.; VITORINO, D. F. M.. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociências**, v.12, n.3, p.130-133, 2004.

HAMAD, G. B. N. Z. **Atenção à saúde do idoso no âmbito da estratégia saúde familiar**. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Paraíba. 2008.135 p.

HAYFLIK, L. **Como e por que envelhecemos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Campus. 1997. 400 p.

HIRVONEN, T. P., AALTO, H.; PYYKKO, I.; JUHOLA, M.; JANTTI P. Changes in vestibulo-ocular reflex of elderly people. **Acta Otolaryngol Suppl**, v.529, p.108-110.1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso: abril 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso: abril 2012.

JORGE, T. M.; BASSI, A. K. Z.; YARID, S. D.; SILVA, H. M.; SILVA, R. P. R.; CALDANA, M. L. Relação entre perdas dentárias e queixas de mastigação, deglutição e fala em indivíduos adultos. **Revista CEFAC**, v.11, Supl.3, 391-397, 2009.

KAMEN, P. R. Peridental care. **Dental Clinics os North America**, v. 41, p. 751-762, 1997.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.861-866, 2003.

KAUFFMAN, T. **Manual de reabilitação geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p.914-919, 1963.

LINDEN, M. S. S.; PEDRO, R. E. L.; BÓS, Â.; BRUNHAUSER, A. L.; LAZZAROTTO, D.; BITTENCOURT, M. E.; TRENTIN, M. S.; SCORTEGAGNA, S. A.; CARLI, J. P. Avaliação nutricional de pacientes reabilitados com implantes dentários - estudo longitudinal. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 16, n. 2, p. 183-186, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, p.745-57, 2003.

LIMBERGER, A. **Eficiência mastigatória e saúde periodontal com próteses parciais removíveis**. 34 p. Passo Fundo. (Monografia de Especialização em Prótese Dentária). UNINGÁ. 2010. 34p.

LOCKER, D.; MATEAR, D.; STEPHENS, M.; LAWRENCE, H.; PAYNE, B. Comparison of the GOHAI and OHIP – 14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.29, n.5, p.373-381, 2001.

MACHADO, G. P. D. M. et al. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 4, p. 367-372, 2004.

MEDINA, C.; SHIRASSU, M. & GOLDFEDER, M.. **Das incapacidades e do acidente cerebrovascular**. In: Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores (U. Karsch, org.), São Paulo: EDUC. 1998. p.199-214.

MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.9, n.4, p.471-480, 2006.

Ministério da Saúde. **Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T.A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005.

MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Odontólogo Moderno**, v.19, v.4, p.11-13, 1992.

OSTERBERG, T.; TSUGA, K.; ROTHENBERG, E.; CARLSSON, G. E.; STEEN, B.; Masticatory ability in 80-year-old subjects and its relation to intake of energy, nutrients and food items. **Gerodontology**, v.19, n.2, p.95-101, 2002.

PAPAS, A. S.; PALMER, C. A.; ROUNDS, M. C.; RUSSEL, R. M. The effectsof denture status on nutrition. **Special Care in Dentistry**, v.18, n.1, p.16-25, 1998.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Barros, MML, organizadora. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: FGV; 2000. p.69-84.

PESCATELLO, L. S.; FRANKLIN, B. A.; FAGARD, R.; FARQUHAR, W. B.; KELLEY, G. A.; RAY, C. A. **Exercise and hypertension**. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v.36, p.533-53, 2004.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINTO JUNIOR, E. P.; NOGUEIRA, F. P.; VALENÇA, T. D. C.; ALMEIDA, V. Doenças reumáticas e incapacidades no contexto do envelhecimento populacional. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.7, n.3, p.460-467, 2010.

PUCCA JUNIOR, G. A. Saúde bucal e reabilitação na terceira idade. **Odontólogo Moderno**, v.22, n.4, p.27-28, 1995.

ROISINBLIT, S. R. La desnutrición en la tercera edad y su repercución en las enfermedades de la boca. **Revista de la Asociación Odontológica Argentina**. v.83, n.3, p.207-215, 1995.

ROSA, A. G. F. CASTELLANOS RA, GOMES-PINTO V. Saúde bucal na terceira idade. **Revista Gaúcha de Otontologia**, v.41, n.2, p.97-102, 1993.

ROSA, L. B.; ZUCCOLOTTO, M. C. C.; BATAGLION, C.; CORONATTO, E. A. S. Odontogeriatría – a saúde bucal na terceira idade. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v.13, n. 2, p.82-86, 2008.

SALGADO, J. M. **Nutrição na terceira idade**. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. Odontogeriatría. Noções de interesse clínico. São Paulo; Artes Médicas, 2002.

SCHUKNECHT, H. F. **Pathology of the Ear**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1974.

SHEIMAN, A.; STEELE, J. G.; MARCENES, W. T.; SAKOS, G.; FINCH, S.; WALLS, A. W. G. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.29, n.3, p.195-203, 2001.

SHEIHAM, A.; STEELE, J. G.; MARCENES, W.; FINCH, S.; WALLS, A. W.. The impact of oral health on stated ability to eat certain foods; Findings from the National Diet and Nutrition Survey of Older People in Great Britain. **Gerodontology**, v.16, n.1, p.11-20, 1999.

SILVA, A. D. L.; CATÃO, M. H. C. V. Doenças sistêmicas em idosos não institucionalizados. **Hospital Universitário Revista**, v.37, n.3, p.299-303, 2012.

SILVA, A. L.; MATOS, F. R.; LOPES, C. C. R.; BARROS, M. B., MOTTA, S. H. G.; SILVA, P. B. P. S. A. **Innovations Implant Journal: Biomaterials and Esthetics**, v.5, n.3, p.8-12, 2010.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.626-631, 2004.

SILVA, S. R. C.; VALSECKI JÚNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.8, n.4, p.268-271, 2000.

Silva SRC, Fernades RAC. Auto-percepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista Saúde Pública**, v.4, n.35, p.349-355, 2001.

SIMOCELI, L.; BITTAR, R. M. S.; BOTTINO, M. A.; BENTO, R. F. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.69, n.6, p.772-7, 2003.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.899-906, 2002.

SOUSA, R. R.; CASTRO, R. D.; MONTEIRO, C. H.; SILVA, S. C.; NUNES, A. B. O Paciente Odontológico Portador de Diabetes Mellitus: Uma Revisão da Literatura. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.3, n.2, p.71-77, 2003.

STUCCHI, D. O curso de vida no contexto da lógica empresarial: juventude, maturidade e produtividade na definição da pré-aposentadoria. In: Barros MML, organizadora. **Velhice ou terceira idade**. São Paulo: FGV; 2000. p. 35-46.

SUBIRÁ-PIFARRÈ C, SOARES MSM. La función masticatoria en el anciano. **RCOE**, v.6, n.1, p.69-77, 2001.

TOMITA, N. E.; CHINELLATO, L. E. M.; PERNAMBUCO, R. A.; LAURIS, J. R. P.; FRANCO, L. J. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.5, p.607-613, 2002.

UNFER, B. **Condições de saúde bucal da população de Santa Maria**. Relatório Final. Universidade Federal de Santa Maria, 2003.

UNFER, B.; BRAUN, K. O.; BINOTTO, A.; CASTAGNA, L.; ANTONIAZZI, R.; ANTONIAZZI, S.; KRAUSPENHAR, T. Análise da aplicação do índice de capacidade mastigatória em população idosa. **Revista Dentística on line**, v.6, n. 13, p.43-48, 2006.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.3 p.548-554, 2009.

WAYLER, A. H.; CHAUNCEY, H. H. Impact of complete dentures and impaired natural dentition on masticatory performance and food choice in healthy aging men. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v.49, n.3, p.427-433, 1983.

WEINCHUCH, R.; KORPER, S. P.; HADLEY, E. The prevalence of disequilibrium and related disorders in older persons. **Acta Otolaryngol Suppl**, v.68, n.12, p.925-929, 1989.

WILKINS, S.; LAW, M.; LETS, L. **Assessment of functional performance**. In: Bonder, B. R.; Wagner, M. B. Functional performance in older adults. Philadelphia: F. A. Davis; 2001. cap. 12, p. 236-51.

YAMAMOTO, T; HIRAYAMA, A. Effects of soft-diet feeding on synaptic density in the hippocampus and parietal cortex of senescence-accelerated mice. **Brain Research**, v.902, n.2, p.255-263, 2001.

YURKSTAS, A.A. The masticatory act. **Journal of prosthetic dentistry**, v.15, n.2, p.248-260, 1965.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.2. p.285-294, 2006.

APÊNDICE

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

QUESTIONÁRIO N° _____

1. Identificação do paciente

- Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
- Higiene bucal: () escovam mais de três vezes ao dia, () escovam duas vezes () somente uma vez ao dia () nenhuma vez ao dia

2. Anotações sobre o estado de saúde geral:

- IGP: _____
- Paciente portador de patologias sistêmicas:
- Quais?
- () Hipertensão
- () Diabetes
- () Reumatismo
- () Artrite
- () Artrose
- () Outros _____
- Alteração da postura e da marcha? () Sim () Não
- Uso de acessórios para locomoção? () Sim () Não

3. Avaliação da função social – Dados da situação psicossocial, econômica e estrutura familiar:

- Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado () Outros ___
- Quem reside com o idoso? _____
- Quem é o responsável pela renda familiar? _____
- Renda suficiente para as necessidades? () Sim () Não
- Obs.: _____
- Tem plano de assistência a saúde? () Sim () Não
- Obs.: _____
- Residência: () Própria () Alugada () Cedida () Instituição de longa permanência:
- Sente-se aceito pela família? () Sim () Não

- Situação atual: () Aposentado () Tem alguma atividade produtiva: _____
- Atividades sociais: () Grupo de convivência () Clubes () Trabalhos voluntários () Igreja
- () Visitas (*parentes/amigos*) () Esportes

4. Índice de Katz – Escala de Atividade de Vida Diária

Atividade	Independente	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.		
2. Vestir-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.		
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol á noite).		
4. Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador)		
5. Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem “acidentes ocasionais”).		
6. Alimentação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.		

5. A caracterização do idoso baseada na análise do estado funcional:

- () Idoso funcionalmente independente
- () Idoso parcialmente dependente
- () Idoso funcionalmente dependente Obs.: _____

6. Você pode mastigar ou morder os seguintes alimentos?

Tipo de alimento	Score
1.cenoura crua (inteira)	3
2.salada crua (alface, pepino, tomate)	2
3. bife, carne e costela	4
4.salada cozida (brócolis, cenoura, chuchu, vagem)	1
5.maça inteira com casca, sem cortá-la	5
6. nenhum dos itens acima	0

7. Faz uso de prótese? () Não () Sim () PPR () Fixa () Total – sup/inf

Condições das próteses: () Boas () Más

Obs.: _____

ANEXO

7. Atualização do projeto - CAAE - 8572.0.133.000-09				
Título do Projeto de Pesquisa Avaliação das Condições de Saúde Bucal e sua Auto-Avaliação em Idosos Atendidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social - 8572.0.133.000-09				
Instituição	Data Inicial no CFP	Data Final no CFP	Valor Inicial no CFP	Valor Final no CFP
Aprovado no CFP	20/11/2009 08:02:41	18/10/2009 11:03:00		
Descrição	Data	Instituição	Valor	Origem
1 - Emissão de Folha de Roteiro pela Insumet	13/04/2009 22:38:37	Folha de Roteiro	78201700	Procedimento
3 - Protocolo Aprovado no CFP	10/10/2009 13:15:00	Folha de Roteiro	8572.0.133.000.00	CFP
4 - Envio do Documento de Pagamento pelo CFP (Código-128)	25/11/2009 08:02:41	Folha de Roteiro	8572.0.133.000.00	CFP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
 FACULDADE DE FÍSICA, QUÍMICA E MATEMÁTICA
 CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS
 DEPARTAMENTO DE FÍSICA
 Prof. Dr. Cláudio Roberto de Azevedo
 Coordenador do Centro de Física em Paraíba





**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Título do Projeto: PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB. Essa pesquisa terá como objetivo avaliar as condições de saúde bucal e sua auto percepção em idosos cadastrados na Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS de Campina Grande – PB. Risco da pesquisa: não haverá nenhum risco para o paciente.

- Benefícios: os benefícios decorrentes da sua participação na pesquisa são melhora na qualidade de vida.
- Será garantido o sigilo absoluto dos seus dados pessoais e clínicos ao participar desta pesquisa.
- Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/ tratamento usual.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica nos número: 8894-2935.
- Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ____/____/____

Entrevistador

Entrevistado