

Condições de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre

Oral hygiene conditions of institutionalized elderly people living in small nursing homes in Porto Alegre

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e
Dalva Maria Pereira Padilha**

RESUMO

Acompanhando o processo de envelhecimento do conjunto da população, o número e a demanda por instituições geriátricas têm aumentado. Geralmente a condição de saúde bucal de idosos residentes em instituições é deficiente e a manutenção da higiene bucal apresenta-se como um problema. O objetivo deste estudo é descrever a condição de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte na cidade de Porto Alegre e relacioná-la com variáveis independentes: sexo, idade, tempo de institucionalização e nível de dependência dos residentes, número de cuidadores e preço mensal cobrado pela instituição. A análise da condição de higiene bucal dos idosos foi realizada segundo os princípios que regem a determinação do índice de placa em dentes de Silness e Loë e do índice de placa em prótese de Ambjornsen. O índice de placa médio em dentes resultou 2,24. No exame em próteses, o índice de placa médio apurado atingiu 7,14. A má condição de higiene bucal dos idosos prevalece indiscriminadamente na população pesquisada, quando avaliada segundo as variáveis independentes sexo, idade, tempo de institucionalização, preço mensal cobrado pela casa geriátrica e número de cuidadores na instituição, pois não apresentaram diferença estatística significante em relação à presença ou à quantidade de placa em dentes e em próteses. O grau de dependência do idoso foi a única variável que apresentou diferença estatística entre as médias ($p=0,024$). Idosos independentes apresentaram média de placa em dentes inferior àqueles moderadamente dependentes ou dependentes. Conclui-se que a condição de higiene bucal das pessoas idosas examinadas é considerada ruim e requer ações multidisciplinares e interinstitucionais capazes de reverter o quadro de negligência continuada.

UNITERMOS:

Idosos, higiene bucal, instituições geriátricas, odontogeriatrics

O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS

O quadro demográfico mundial vem sofrendo acentuadas mudanças estruturais. O fenômeno do envelhecimento do conjunto da população, resultado de uma série de avanços como saneamento das águas de abastecimento público, controle de natalidade, diminuição da mortalidade infantil, progressos da medicina e estilo de vida mais saudável, já é visível em países desenvolvidos e torna-se crescente nos países em desenvolvimento (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; MPASANAIS, 1996; CHAIMOWICZ, 1998).

No Brasil, este processo é considerado irreversível e de acelerada evolução, refletindo a rapidez com que declinam as taxas de fecundidade (CHAIMOWICZ, 1998; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987). Estima-se que em 2025 serão mais de 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, compondo a sexta maior popu-

lação nacional idosa do mundo e representando quase 15% dos brasileiros (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987).⁹

Em 1997, a população idosa na região metropolitana de Porto Alegre constituía 8,58% da população total. As projeções demográficas do DATASUS, para o ano 2001, conferem ao município de Porto Alegre 147.340 idosos, aproximadamente 11% de sua população. (DATASUS)

A demanda por instituições de longa permanência tem aumentado, acompanhando o alargamento do topo da pirâmide etária. (BRAVO et al., 1999; OMS, 1974). A literatura destaca alguns discutem as transformações sociais e econômicas que incidem sobre a vida dos idosos em decorrência do aumento da população acima de 60 anos no Brasil. Alguns fatores que contribuem para o processo de institucionalização da população idosa como a urbanização, dificuldades financeiras, falta de cuidados no ambiente familiar, falta de espaço no domicílio, deterioração das condições de saúde, solidão e

medo da violência (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987; WALDOW, 1987; CHAIMOWICZ, 1998).

CHAIMOWICZ e GRECO (Em 1991/1999) relatam que a institucionalização apresenta-se como alternativa em situações tais como necessidade de reabilitação intensiva no período entre alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência elevados. Os autores estudaram 4, foi estudada a dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte/MG constatando uma taxa de institucionalização de 0,6%. Notaram que, salvo algumas exceções, instituições com maior capacidade, medida pelo número de leitos, dispunham de melhor infra-estrutura e geralmente forneciam algum tipo de assistência médica.

O mesmo fato foi observado por BASTIAN (1979) analisando as instituições geriátricas de Porto Alegre (RS). Seu trabalho identificou 25 instituições residenciais para pessoas idosas representando uma oferta to-

Parte da dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de mestre em Odontologia Saúde Bucal Coletiva.

*Mestre em Odontologia - Saúde Bucal Coletiva pela UFRGS

**Doutora em Estomatologia pela PUC-RS, Professora de Odontogeriatrics da UFRGS

tal de 1163 leitos na cidade e concluiu que estabelecimentos com maior capacidade física contavam com forneciam mais recursos materiais e humanos para assistir os idosos que estabelecimentos com menor capacidade. A mesma pesquisadora realizou estudo semelhante na cidade de São Paulo/SP com um universo de 44 casas geriátricas, totalizando 5130 leitos. Foi confirmada a suposição de que instituições com grande número de leitos contavam com mais componentes de assistência à saúde (médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, assistente social, terapia ocupacional, entre outros.). Em relação à assistência odontológica, todas as instituições com mais de 200 residentes (13,7%) contavam com dentistas para atender os idosos enquanto que, entre as instituições com menos de trinta residentes (18,2%), nenhuma dispunha de assistência odontológica. No geral, somente 31,8% das instituições contavam com serviços odontológicos (BASTIAN, 1979).

Observa-se uma expansão do número de instituições residenciais para idosos no Brasil. Em sua maioria são organizações privadas, e uma minoria é pública (WALDOW, 1987). É notável a ausência do setor público assim como a incapacidade de organizações do terceiro setor em prosseguir provendo complementarmente tais serviços à população. Então, pequenos empreendimentos empresariais privados surgem e se multiplicam com rapidez.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) classifica as casas, segundo o tamanho, de acordo com o número de idosos residentes. Instituições que abrigam até 20 residentes são consideradas de pequeno porte; as que abrigam de 21 a 40 residentes são de médio porte; de 41 a 60 residentes, de grande porte; e com mais de 60 residentes são consideradas de porte especial (COREN-RS, 2000).

Em novembro de 2000, em Porto Alegre, 2113 idosos residiam nas 111 instituições geriátricas em funcionamento, segundo levantamento procedido pelas autoras. Naquele universo, 78 casas foram consideradas de pequeno porte e recebiam 44,2% idosos. As 18 casas de médio porte assistiam 26,8%, enquanto 8 de grande porte abrigavam 10,7% e as 4 de porte especial eram responsáveis por 18,1% dos idosos institucionalizados. Não puderam ser levantados os dados de três casas. A taxa de institucionalização alcançava já 1,44%. O total de leitos disponíveis era 2475, resultando numa taxa de ocupação de 85,4% (MELLO, PADILHA e ROSA, 2000).

Outros níveis de institucionalização são relatados na literatura. Na Alemanha fica em torno de 4%, em Cingapura 1,6% (LEHR, 1999) e na Espanha 2% (BACIERO, GANDARIAS e PÉREZ, 1998). Nos EUA, a

taxa de idosos institucionalizados é estável desde a década de 70, por volta de 4,4%. Porém há um claro fenômeno: quando estudadas por segmentos de faixa etária, em 1997, a taxa de institucionalização nos EUA entre idosos de 65 a 74 anos era de 1,08%, entre 75 e 84 anos era de 4,55% e entre os idosos acima de 85 anos alcançava a expressiva proporção de 19,2% (CENTER FOR DISEASES CONTROL, 2001).

ENVELHECIMENTO E CAPACIDADE FUNCIONAL

A OMS (1974) tem assumido que indivíduos idosos são aqueles com 60 anos de idade, em países em desenvolvimento, e com 65 anos, em países desenvolvidos. Entretanto, o envelhecimento cronológico possui menor relevância que o envelhecimento funcional (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987).

O grau de dependência do idoso vai determinar o tipo de cuidado a ser prestado e os recursos humanos necessários. Segundo BENKO et al. (1991), são considerados independentes os idosos que têm capacidade para escolher suas regras de conduta, orientar seus próprios atos e realizar as atividades cotidianas sem ajuda e de adaptar-se ao seu meio ambiente; semidependentes são aqueles que apresentam limitações para realizar as atividades da vida diária ou suprir suas necessidades psicológicas e/ou sociais e/ou econômicas; e dependentes são aqueles idosos que dependem de outras pessoas ou de serviços especializados para atender a maioria das suas necessidades básicas, físicas ou mentais.

WALDOW (1987), estudando o nível de dependência de enfermagem em idosos em seis instituições (privadas e filantrópicas) de Porto Alegre, constatou que os idosos das instituições filantrópicas mostravam ser mais independentes do que os idosos das instituições privadas.

Na ausência de patologias, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento não são suficientes para causar limitações no desempenho das atividades diárias. No entanto, a probabilidade de adoecer aumenta com a idade (FERNANDES, 1999; HOFHECKER, 1983) e, assim, observa-se uma elevação no número de incapacitados na população à medida que a expectativa de vida dos indivíduos aumenta (FERNANDES, 1999).

A aplicação do conceito de capacidade funcional, bem como a avaliação funcional dos idosos deve permear o contexto do envelhecimento.

A avaliação do desempenho do idoso na realização de atividades de vida diária, ou seja, atividades de autocuidado que possibilitam a sobrevivência, define a sua capacidade funcional e, portanto, seu grau de dependência. Os indivíduos que não conseguem

realizar atividades como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, movimentar-se e higienizar-se requerem, portanto, suporte de cuidados especiais proporcionado por terceiros (ABRAMS e BEERS, 1995).

O índice de Katz mede a capacidade funcional, e conseqüentemente o grau de dependência de idosos baseado em seis principais aspectos das atividades de vida diária: o banhar-se, o vestir-se, o alimentar-se, o movimentar-se, o controle das funções excretórias e o uso do toalete. O índice indica se o indivíduo possui, e em que nível, o domínio sobre funções básicas da vida (KATZ et al., 1963).

O conhecimento e a avaliação da capacidade funcional do idoso é de grande valia para auxiliar na compreensão dos fatores intervenientes no cuidado odontológico de idosos institucionalizados

O CUIDADO ODONTOLÓGICO EM INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS

Com o aumento do número de idosos tem-se uma demanda crescente e diversificada para a atenção e a assistência odontológica desse grupo populacional.

O cuidado odontogeriatrico inclui, pelo menos, o diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie, doenças periodontais e da mucosa, dores de cabeça e pescoço, disfunções salivares, problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação, deglutição e paladar (ETTINGER e MULLIGAN, 1999).

Em grupos minoritários, especialmente naqueles socialmente excluídos, as desigualdades de oportunidades para preservar a sua saúde bucal, bem como a discriminação no acesso aos serviços odontológicos, parece ter aumentado. Nessa população, da qual faz parte a maioria dos idosos institucionalizados, geralmente a saúde bucal é ruim, o acesso à assistência odontológica é dificultado, e bons padrões de higiene e cuidados odontológicos necessitam ser recuperados (DAVIES, BEDI e SCULLY, 2000).

A CONDIÇÃO DE HIGIENE BUCAL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

As estruturas bucais sofrem a ação do processo de envelhecimento, assim como e os tecidos da cavidade bucal refletem as alterações sofridas com o avanço da idade (HAUGEN, 1992; BREUSTEDT, 1983). Entretanto, o processo de envelhecimento por si causa poucos efeitos na cavidade bucal que possam resultar em disfunções e incapacidades (SHAY e JONATHAN, 1995).

Ainda assim, diversos estudos realizados com diferentes metodologias demonstram que, em geral, a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente (GRABOWSKI e BERTRAM, 1975; DAVIDSON, 1979; SMITH e SHEIHAM, 1980; KIYAK e

MILLER, 1982; EKELUND, 1984; HUGOSON, 1986; VIGILD, 1989; JOKSTAD, AMBJORNSEN e EIDE, 1996; PADILHA e de SOUZA, 1997; NEVALAINEN, NÄRHI e AINAMO, 1997).

As necessidades de tratamento são extensas principalmente aquelas relativas ao edentulismo, perdas parciais de dentes, cárie, doenças periodontais e desgastes anormais da estrutura dental (KALK, BAAT e MEEUWISSEN, 1992).

Com o avançar da idade, há uma queda no nível de higiene bucal e um aumento da incidência de doenças bucais. A diminuição da capacidade motora, a baixa auto-estima, a falta de estímulo para a realização da higiene bucal ou a incapacidade de realizar sua própria higiene devido a doenças crônico-degenerativas, comprometimento da visão, audição e perda da habilidade cognitiva, torna o idoso um indivíduo de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais (WERNER et al., 1998; SIMONS, KIDD e BEIGHTON, 1999; FLOYSTRAND et al., 1982; BERGMAN, WRIGHT e HAMMOND, 1991).

As necessidades de tratamento são grandes principalmente aquelas relativas ao edentulismo, perdas parciais de dentes, cáries, doença periodontal e desgastes anormais da estrutura dental.

EKELUND (1984) estudou as condições de saúde bucal de 480 idosos institucionalizados em 24 casas geriátricas na Finlândia. Quase todos os idosos possuíam placa depositada sobre as superfícies dentárias. Sessenta por cento dos idosos possuíam lesões de mucosa associadas ao uso de próteses totais. Menos de 30% das próteses totais apresentaram bom padrão de higiene, e 55% dos idosos necessitavam de instrução de higiene. Concluíram que devido a alta prevalência de problemas bucais e conseqüente necessidade de tratamento é necessário a implementação de assistência odontológica a essa população, especialmente pacientes idosos hospitalizados que na maioria das vezes estão incapacitados de realizar o cuidado odontológico.

KNABE e KRAM (1997) analisaram as condições de saúde bucal e o cuidado odontológico provido a idosos institucionalizados em Berlim, Alemanha. Participaram do estudo 364 idosos, de nove casas geriátricas, com idade média de 84,9 anos. A higiene bucal foi considerada satisfatória em apenas 12,6% dos idosos dentados e em 45% das próteses totais. Os resultados demonstraram que idosos institucionalizados não são submetidos a exames bucais periódicos e recorrem aos cuidados odontológicos somente em momentos de dor e desconforto ou quando o tratamento é considerado necessário pelos funcionários das instituições.

Tabela 1 - Idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre, 2000: idade (n=83) e tempo de institucionalização (n=81) dos idosos examinados

	Idade (anos)	Tempo de institucionalização (meses)
Média	79	24
Mediana	79	12
Moda	76	1
Desvio-padrão	8,15	25,65
Amplitude	39	107
Mínimo	61	1
Máximo	100	108

Tabela 2 - Idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre, 2000: distribuição dos idosos examinados segundo o nível de dependência (índice de Katz)

	Nº de idosos	Porcentagem
Dependente	43	51,2
Dependência Moderada	17	20,2
Independente	24	28,6
Total	84	100,0

BACIERO, GANDARIAS e PÉREZ (1998) avaliaram as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados na Espanha. Foram sorteadas 35 casas geriátricas, sendo examinados 3282 idosos. A saúde periodontal, avaliada pelo índice ICNTP, foi considerada ruim, visto que nenhum idoso apresentou algum sextante em bom estado periodontal. Eram edêntulos ou então possuíam menos de dois dentes possíveis de serem examinados 52,8% dos sextantes. O maior volume de necessidade de tratamento periodontal, 44,7%, constituía de instrução de higiene, remoção de placa e raspagem e alisamento radicular (score 2), que conforme os autores, poderiam ser realizados por pessoal auxiliar.

SIMONS, KIDD e BEIGHTON (1999) analisaram a saúde bucal em residentes de 48 casas geriátricas (43,6%) em West Hertfordshire, Reino Unido. Foram examinados 249 homens e 792 mulheres, com média de idade de 83,9 anos e média de tempo de institucionalização de 24,9 meses. O índice de placa médio (2,3) foi considerado alto e a deficiência na higiene bucal foi relacionada significativamente ($p < 0,0001$) com a presença de cárie de raiz. Os níveis mais altos de acúmulo de placa foram encontrados na superfície interna de próteses totais superiores. Ainda em relação à higiene das próteses totais, apenas 94 idosos (9%) recebiam auxílio para a limpeza das próteses e dentes, embora 343 (33%) relatassem pre-

ferir assistência de funcionários para a higiene bucal diária. Os autores alertam para a negligência que existe no âmbito da provisão de serviços odontológicos em instituições.

SALIBA, MARCELINO e SALIBA (1997), na cidade de Araraquara (SP), examinaram 97 idosos institucionalizados na faixa etária de 42 a 102 anos, utilizando os índices CPOD, ICNTP e uso e/ou necessidade de prótese. Sessenta e nove por cento dos idosos eram desdentados, porém somente 47,76% usavam próteses totais; o CPOD médio foi de 25,1. Segundo o ICNTP 71,11% dos sextantes foram considerados nulos e 16,65% necessitavam de tratamento periodontal.

O objetivo deste estudo é descrever a condição de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte da cidade de Porto Alegre e relacioná-la com o sexo, idade, tempo de institucionalização e nível de dependência dos residentes, número de cuidadores e preço mensal cobrado pela instituição.

MÉTODOS

A seleção da amostra foi efetuada sobre o universo de todas as casas geriátricas porto-alegrenses ordenadas alfabeticamente pelo nome da rua em que se localizavam. Processou-se o sorteio com o auxílio de uma tabela de números aleatórios, descartando-se sempre aquelas com 21 ou mais residentes. Em setembro de 2000, funcionavam em

Tabela 3 - Idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre, 2000: índice de placa em dentes (índice de Sillnes e Löe) e próteses totais (índice de Ambjornsen) dos idosos examinados

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Índice de placa em dente	43	0,38	3,00	2,24	0,70
Índice de placa em prótese	50	0	15	7,14	4,71

Tabela 4 - Idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre, 2000: análise de variância dos valores médios de placa em dente (índice de Sillnes e Løe) e em prótese (índice de Ambjornsen), segundo o nível de dependência dos idosos examinados

Placa	Nível de dependência	N	Média	Desvio-padrão	Anova
Placa em prótese	dependente	26	7,00	4,58	0,962
	moderado	14	7,14	5,19	
	independente	10	7,50	4,84	
	Total	50	7,14	4,71	
Placa em dente	dependente	23	2,41	0,59	0,058
	moderado	6	2,44	0,66	
	independente	14	1,87	0,81	
	Total	43	2,24	0,71	

Tabela 5 - Idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre, 2000: valores médios de placa em dente segundo nível de dependência (significância por meio do teste LSD - Lower Significance Difference)

	Dependente X Moderado	Dependente X Independente	Moderado X Independente
Nível de significância	0,915	0,024*	0,092

* IC = 95%

Porto Alegre 90 instituições de pequeno porte que abrigavam um total de 998 idosos. Foram selecionadas 12 instituições (13,33%) e nelas residiam 151 idosos (15%).

O procedimento de análise da condição de higiene bucal dos idosos foi estruturado segundo os critérios que regem a determinação do índice de placa em dente de Silness e Løe e segundo os critérios para a apuração do índice de placa em prótese de Ambjornsen. (SILNESS e LÖE, 1963; AMBJORNSSEN et al., 1982).

Participaram do estudo os residentes de idade igual ou superior a 60 anos, com capacidade física e mental para serem examinados, portadores dos dentes necessários à aplicação dos índices e que respondessem afirmativamente ao Termo de Consentimento Informado. Os dados clínicos foram registrados em fichas individuais numeradas.

Os exames foram realizados por dois cirurgiões-dentistas calibrados, ambos sempre presentes. Para a realização do exame os idosos foram posicionados sentados próximo a uma janela para maior aproveitamento da iluminação natural. Aqueles impossibilitados

de locomoção foram examinados no leito. A concordância entre examinadores foi avaliada utilizando-se o teste estatístico Kappa. Obteve-se um valor Kappa de 0,62 para o índice de placa em dentes e 0,90 para o índice de placa em próteses ($p < 0,05$).

A avaliação da capacidade funcional dos idosos (grau de dependência) foi obtida por meio da aplicação do índice de Katz (ABRAMS e BEERS, 1995).

As demais informações foram fornecidas pelos residentes, cuidadores ou supervisores mediante resposta a questionário e entrevista estruturados, bem como, pela análise dos prontuários.

RESULTADOS

Todas as casas geriátricas que compuseram a amostra eram organizações privadas com finalidade de lucro, constituídas sob a forma de sociedade por cotas de responsabilidade limitada ou então firma individual. Nenhuma delas possuía caráter filantrópico.

O preço mensal médio ponderado que cobravam, por idoso residente, alcançava a cifra de R\$ 800,00 (US\$ 430). Ao serem

perguntados sobre os valores cobrados, em geral, os supervisores das instituições relataram uma variação de preços, dentro da própria instituição, em consequência do custo associado ao grau de dependência do idoso e do tipo de acomodação proporcionada. A definição dos preços médios ponderados, de cada instituição, resultou da consideração dos diversos valores aplicados, balizados pelos preços máximos e mínimos. Apenas uma instituição não forneceu o dado.

Nas doze casas geriátricas residiam 112 mulheres e 39 homens. Foram examinados clinicamente 84 idosos, correspondendo a 55% dos residentes. Destes, 63 (75%) eram mulheres e 21 (25%) homens.

A idade média dos idosos examinados alcançou 79 anos. O tempo de institucionalização médio girou em torno de 2 anos. Os valores mínimo, máximo, mediana, moda e desvio-padrão são apresentados na Tabela 1.

De acordo com o nível de dependência, cada um dos idosos examinados foi classificado como dependente, moderadamente dependente ou independente, segundo o índice de Katz. A Tabela 2 traz a distribuição dos idosos pesquisados segundo o nível de dependência.

O índice de placa médio em dentes encontrado resultou 2,24, segundo os critérios de Silness e Løe. No exame em próteses, segundo o índice de Ambjornsen, o resultado apurado atingiu 7,14. A Tabela 3 apresenta estes valores, mínimos, máximos e desvio-padrão.

Para a comparação dos índices médios de placa em dente e em prótese foi utilizado Teste t. O intervalo de confiança assumido foi de 95%.

Não houve diferença estatística quanto ao sexo, faixa etária e tempo de institucionalização dos examinados em relação à quantidade média de placa em dentes e em próteses ($p > 0,05$). O ponto de corte selecionado foi 80 anos, valor aproximado da média de idade dos idosos examinados. Para o tempo de institucionalização dos idosos o ponto de corte foi 24 meses, valor aproximado da média observada no estudo.

Também não foi encontrada diferença estatística quanto ao custo mensal das instituições e número de cuidadores. O ponto de corte selecionado foi R\$ 800,00, pois se aproxima do preço mensal médio cobrado pelas casas pesquisadas.

Foram comparadas as médias de prevalência de placa em relação ao número de cuidadores nas casas geriátricas pesquisadas. O ponto de corte foi 7, valor recomendado pelo COREN-RS para instituições com até 20 idosos. Não foi encontrada diferença estatística nos valores médios de prevalência de placa em dente e prótese.

Pela análise de variância, verifica-se que

Tabela 6 - Idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre, 2000: presença de placa em dente e em prótese segundo sexo, idade, preço mensal cobrado por idoso, tempo de institucionalização e número de cuidadores (significância por meio dos testes qui-quadrado e exato de Fisher)

	Placa em dente	Placa em Prótese
Sexo	0,581	0,378
Idade	0,389	0,399
Preço mensal cobrado	0,399	0,383
Tempo de institucionalização	0,450	0,549
Número de cuidadores	0,360	0,054

não foram estatisticamente diferentes as médias de placa em dente e prótese segundo o nível de dependência dos idosos (Tabela 4).

A significância estatística foi quase alcançada em relação aos valores de placa em dente nos diferentes grupos de níveis de dependência. Com o objetivo de procurar diferenças entre os grupos e localizá-las, optou-se pelo teste LSD (Lower Significance Difference). Os resultados são apresentados na Tabela 5. Ficou demonstrada a diferença estatística entre os grupos dependentes e independentes de idosos em relação à quantidade de placa em dentes ($p < 0,05$).

As variáveis dependentes placa em dente e placa em prótese, ademais, foram dicotomizadas em duas categorias ausente e presente. Considerou-se "placa-ausente" os idosos que possuíam média até 0,5 em dentes e soma final 0 a 2 em próteses. As variáveis independentes sexo, idade, tempo de institucionalização, preço e número de cuidadores foram transformadas em variáveis nominais com pontos de corte específicos. Utilizando o teste qui-quadrado, foram cruzadas as variáveis dependentes e independentes, objetivando detectar possíveis associações de categorias. Quando a frequência esperada era menor que cinco em alguma das caselas, pela impossibilidade de calcular-se o qui-quadrado, utilizou-se o teste exato de Fischer. Não houve diferença estatística. Os valores são apresentados na Tabela 6.

DISCUSSÃO

O grau de adesão dos idosos solicitados a participar do estudo nas 12 casas pesquisadas foi bastante satisfatório. Do total de 151 idosos residentes, 19 (12,5%) não possuíam os dentes-índices e não usavam prótese total superior; 17 (11,2%) possuíam menos de 60 anos; 13 (8,6%) estavam impossibilitados de serem examinados por comprometimento da sua saúde geral; 11 (7,2%) não consentiram em participar do estudo e 7 (4,6%) estavam ausentes no momento do exame. A taxa de adesão alcançada foi 55,6% (84 idosos).

Três quartos dos idosos residentes e também dos idosos examinados eram do sexo feminino seguindo de perto a distribuição populacional, por sexo, do município. Em 1999, 37% dos idosos de Porto Alegre eram do sexo masculino e 63% do sexo feminino (DATASUS). Na cidade de Belo Horizonte, também as mulheres constituem a maioria das pessoas acima de 65 anos residentes em casas geriátricas, diferença cuja proporção aumenta com o avançar da idade (CHAIMOWICZ, 1998).

O tempo de institucionalização apresentou uma ampla variação, de 1 a 108 meses. Embora a média tenha sido de 2 anos apro-

ximadamente, o desvio-padrão foi bastante alto (mais de 2 anos). Analisando o valor da mediana (12 meses) e da moda (1 mês), os números demonstram que os idosos não permanecem institucionalizados por um período muito longo de tempo. Isto pode sugerir que, em geral, a transferência do idoso para uma casa geriátrica se dá, ou nos anos finais de vida ou então, que o processo de institucionalização é um marco importante e acaba por definir a expectativa de vida do idoso, que tem seu tempo de sobrevivência diminuído por uma série de condições adversas que a institucionalização acarreta. Estas preocupações encontram forte eco no ensaio clássico de BEAUVOIR (1990) sobre a velhice. Os dados sobre a distribuição dos idosos conforme o nível de dependência sustentam tal argumento. Setenta por cento dos idosos foram classificados como portadores de alguma dependência, condicionante de limitações na prática de suas atividades diárias.

Este quadro de acentuada dependência permite inferir que, pelo menos, esses idosos necessitariam de cuidados em saúde bucal permanentemente nas instituições geriátricas.

Em geral a condição de higiene de dentes e de próteses totais superiores dos 84 idosos examinados, detectadas, respectivamente, pelos índices de Silness e Løe e Ambjornsen, foi considerada ruim. O índice que reflete a quantidade média de placa em dentes resultou em 2,24, portanto bastante alto numa escala de 0 a 3. Em relação às próteses, o índice médio atingiu 7,14 numa escala de 0 a 15 e também mostra uma condição de higiene insatisfatória. Nenhum idoso apresentou quantidade de placa em dentes igual a zero. Não havia depósitos sobre as próteses de apenas três idosos. Os achados são corroborados pelos estudos de MANDERSON e ETTINGER (1975), DAVIDSON (1979), FLOYSTRAND et al. (1982), EKELUND (1984), JOKSTAD, AMBJORNSEN e EIDE (1996).

A comparação entre a quantidade média de placa em dentes e em próteses em relação a sexo, idade e tempo de institucionalização dos idosos não acusou diferença estatística ($p > 0,05$). A má condição de higiene bucal dos idosos examinados alcançou indiscriminadamente homens e mulheres, de qualquer idade, há muito ou há pouco tempo institucionalizados.

A análise estatística também revelou que os idosos examinados não têm assegurado o bom estado de higiene bucal ainda que residam em casas que cobram preços mais elevados e/ou mantenham um corpo maior de cuidadores. Do mesmo modo, a má condição de higiene bucal ocorria indiscriminadamente qualquer fosse o preço cobrado pela hospedagem e qualquer fosse

o número de cuidadores.

O nível de dependência do idoso foi a única variável que apresentou diferença estatística entre as médias ($p = 0,024$). Idosos independentes apresentaram média de placa em dentes menor do que aqueles moderadamente dependentes ou dependentes. Não foi observada a mesma diferença entre as médias de placa em próteses.

Este resultado pode ser interpretado sob dois aspectos. O primeiro em relação à capacidade do idoso em realizar sua própria higiene bucal. Os idosos independentes, em princípio, possuíam coordenação motora suficiente para a manutenção da higiene intraoral (limpeza dos dentes) não necessitando ou nem mesmo permitindo o auxílio dos cuidadores. A segunda consideração é quanto à qualidade da higiene realizada pelo cuidador. Aqueles idosos que dependem dos cuidadores para a realização da limpeza dos dentes ficam prejudicados, e conseqüentemente apresentam quantidades maiores de placa. A ausência de diferença estatística entre as médias de placa em próteses pode ser explicada pelo pouco entendimento tanto de idosos quanto de cuidadores sobre a necessidade e a importância da limpeza das próteses ou pela ineficácia dos seus procedimentos.

Além da análise das quantidades médias de placa observadas, aplicaram-se testes estatísticos para análise das variáveis nominais ausência de placa e presença de placa em relação às mesmas variáveis independentes: sexo, idade, tempo de institucionalização, preço mensal da casa geriátrica e número de cuidadores na instituição. Igualmente aqui não ocorreu diferença estatística ($p > 0,05$). Nenhum dos fatores considerados permitiu alguma discriminação e os resultados estatísticos indicam que a condição de higiene bucal dos idosos examinados é generalizadamente ruim tanto em homens como em mulheres, quaisquer sejam suas idades, o tempo de residência na instituição, o preço pago pela hospedagem, ou mesmo qualquer seja o contingente de cuidadores.

O quadro é agravado por conta do acesso limitado aos serviços odontológicos e pela inexistência de programas específicos no âmbito dos serviços públicos. Todavia, segundo MACENTEE (2000), somente o acesso ao dentista e pessoal auxiliar não é condição suficiente para solucionar os problemas de saúde bucal em instituições geriátricas.

Nas instituições que possuem idosos semi-dependentes, semi-dependentes ou dependentes a deficiência de higiene bucal constitui grave problema de saúde bucal e seguramente é indicativo de outros problemas de cuidado com a saúde em geral.

Fica a convicção de que a condição de saúde bucal dos idosos, pelo que se deduz

dos estudos mais recentes, está longe de ser considerada satisfatória. Apesar da redução do edentulismo, a manutenção dos dentes em boca não tem sido acompanhada da necessária preservação da saúde bucal. Esta nova realidade implica alterações no padrão das patologias e na configuração das necessidades de assistência odontológica ao idoso, agora crescentes e mais diversificadas.

O fornecimento da assistência odontológica para idosos institucionalizados apresenta-se então como um enorme desafio para os profissionais da odontologia. Nestes desafios estão a formação profissional, disponibilidade de equipamentos, recursos para assistência e as condições bucais dos idosos (STRAYER, 1999). A superação destes obstáculos de modo a assegurar uma adequada e correta rotina diária de higiene bucal associada a outros procedimentos relevantes como o cuidado nutricional, a correta abordagem psicológica do paciente odontogeriatrico, e outros, requerem uma ação articulada multidisciplinar e interinstitucional.

Por várias razões, muitos idosos têm dificuldades de expressar suas necessidades em relação a sua saúde bucal. Conseqüentemente, os cuidadores têm um importante papel em tomar a iniciativa para o cuidado bucal.

O cuidado odontológico para a pessoa idosa não tem sido colocado como ação prioritária de saúde tanto na dimensão pública, como na organizacional privada ou mesmo na relação cuidadores e idosos. Todavia, estudos têm comprovado a eficácia de processos educativos, de transmissão de informação, de treinamento e conscientização de cuidadores na determinação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e necessidade de tratamento (ARVIDSON-BUFANO, BLANK e YELLOWITZ, 1996) e na melhora do desempenho de cuidados odontológicos e, conseqüentemente, da saúde bucal de idosos institucionalizados (ISAKSSON et al., 2000). Segundo AXELSSON e LINDHE (1978), é possível por meio da instrução de higiene dental e profilaxia estimular adultos a adotar hábitos adequados de higiene bucal. Neste estudo, pessoas que utilizaram técnicas apropriadas de higiene durante três anos não desenvolveram sinais de gengivite, não sofreram perda periodontal e de inserção e praticamente não desenvolveram cárie.

Assim, identificar as condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento de idosos é uma necessidade emergente. Pelo reconhecimento das demandas e carências será possível iniciar o planejamento dos serviços de saúde odontogeriatricos que atenderão essa faixa da população. Toda programação deve estar inserida num contexto de promoção de saúde, incluindo atividades de educação permanente, procedimentos

preventivos, de tratamento e de reabilitação para, conseqüentemente, evitar-se a negligência continuada.

CONCLUSÕES

A má condição de higiene bucal dos idosos prevalece indiscriminadamente na população pesquisada, quando avaliada segundo as variáveis independentes sexo, idade, tempo de institucionalização, preço mensal cobrado pela casa geriátrica e número de cuidadores na instituição, pois não apresentaram diferença estatística significativa em relação à presença ou à quantidade de placa em dentes e em próteses. O nível de dependência foi a única variável que apresentou diferença estatística entre as médias ($p=0,024$). Idosos independentes apresentaram média de placa em dentes inferior àqueles moderadamente dependentes ou dependentes.

Segundo os parâmetros de Sillnes e Löe, o índice de placa médio em dentes encontrado nos idosos resultou 2,24. No exame em próteses, segundo o índice de Ambjornsen, o resultado apurado atingiu 7,14. A condição de higiene bucal das pessoas idosas examinadas é ruim e requer ações multidisciplinares e interinstitucionais capazes de reverter o quadro de negligência continuada.

SUMMARY

Following the population-aging phenomenon, the number and the demands for nursing homes is increasing. Generally, oral health condition of institutionalized elderly people is poor and the maintenance of good patterns of oral hygiene is a problem. The aim of this study is to describe the oral hygiene conditions of elderly people who live in small (< 20) nursing homes of Porto Alegre-RS and to establish the relationship with independent variables: sex, age, time of institutionalization and level of dependence of the residents and number of caregivers and price charged by the institutions. Oral hygiene conditions were verified through dental and denture plaque index. The mean obtained to teeth plaque scores was 2.24 (Sillnes and Löe index) and on dentures was 7.14 (Ambjornsen index). The poor oral hygiene condition is prevalent on the examined population when analyzed the independent variables sex, age, time of institutionalization, price, and number of caregivers because it was not demonstrated statistical significance related to the presence or the quantity of plaque on teeth and dentures ($p > 0,05$). The level of dependence was the variable that presented statistical significance ($p=0,024$). Independent elders showed lower means of dental plaque when compared to the moderate dependent or dependent elders. It is concluded that oral hygiene

condition of this institutionalized elderly people is poor and need multidisciplinary and interinstitutional actions to revert this frame of continued neglect.

KEYWORDS

Elderly people, oral hygiene, nursing homes, geriatric dentistry

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS W.B. et al. Comprehensive geriatric assessment. In: _____. The merck manual of geriatrics. 2nd. ed. New Jersey: Whitehouse Station, 1995. cap. 17. p.224-231.

AMBJORNSEN, E. et al. Assessment of an additive index for plaque accumulation on complete maxillary dentures. Acta Odontol. Scand., Oslo, v. 40, n.4, p.203-208, Aug. 1982.

ARVIDSON-BUFANO, U.B.; BLANK, L.W.; YELLOWITZ, J.A. Nurses' oral health assessments of nursing home residents pre and post-training: a pilot study. Spec. Care Dent., Chicago, v. 16, n.2, p.58-64, Mar./Apr. 1996.

AXELSSON, P.; LINDHE, J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. J. Clin. Periodontol., Copenhagen, v.5, n.2, p.133-151, May 1978.

BACIERO, G.R.; GANDARIAS, F.J.G.; PÉREZ, L.M. Oral health in the elderly in Spain. Bilbao: Eguía, 1998.

BASTIAN, E.M. Estudo do aspecto da assistência à saúde da pessoa idosa em instituições não hospitalares do município de São Paulo. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1976.

BASTIAN, E.M. Estudo sobre a acreditação de internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre RS. 1979. 182p. Tese (Livro Docência em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

BEAUVOIR, S. A Vvelhice. São Paulo: Nova Fronteira, 1990.

BENKO, M.A. et al. Critérios para o nível de dependência do cliente. [s.l.:s.n.], 1991.

BERGMAN, J.D.; WRIGHT, F.A.; HAMMOND, R.H. The oral health of the elderly in Melbourne. Aust. Dent. J., St. Leonards, v.36, n.4, p.280-285, Aug. 1991.

BRAVO, G. et al. Correlates of care quality in long term care facilities: a multilevel analysis. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.*, Washington, v. 54, n.3, p.180-188, May 1999.

BREUSTEDT, A. Age-induced in the oral mucosa and their therapeutic consequences. *Int. Dent. J.*, Guildford, v.33, n.3, p.272-280, Sept. 1983.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Nursing homes residents 65 years of age and over according to age, sex, and race: United States, 1973-74, 1985, 1995, and 1997. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchswww/data/hs99.pdf> Acesso em: 10 jan. 2001.

CHAIMOWICZ, F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Posgraduate, 1998. 92p.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D.B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Saúde Publ.*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, out. 1999.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM RS. Proposta de dimensionamento de pessoal de Enfermagem em instituições gerontológicas e geriátricas. Porto Alegre, 2000.

DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em : 2 mai. 2001.

DAVIDSON, P.N. Survey of the dental state and needs of a group of elderly army pensioners in England. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v.7, n.6, p.311-314, 1979.

DAVIES, R.; BEDI, R.; SCULLY, C. ABC of oral health: oral health care for patients with special needs. *Br. Med. J.*, London, v.321, n.7259, p.495-498, Aug. 2000.

EKELUND, R. The dental and oral conditions and the need for dental treatment among the residents of municipal old people's homes in Finland. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, Copenhagen, v.80, n.1, p.43-52, 1984.

ETTINGER, R.L.; MULLIGAN, R. The future of dental care for the elderly population. *J. Calif. Dent. Assoc.*, Sacramento, v.27, n.9, p.687-692, Sept. 1999.

FERNANDES, M.G.M. Avaliação da capacidade funcional em idosos. *Nursing*, São Paulo, v.2, n. 13, p.26-29, jun. 1999.

FLOYSTRAND, F. et al. Oral status and acceptance of dental services among some elderly persons in Oslo. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v. 40, n.1, p.1-8, Feb.1982.

GRABOWSKI, M.; BERTRAM, U. Oral health status and need of dental treatment in the elderly Danish population. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v.3, n.3, p.108-114, May 1975.

HAUGEN, L.K. Biological and physiological changes in the ageing individual. *Int. Dent. J.*, Guilford, v.42, n.5, p.339-48, Oct.1992.

HOFHECKER, G. The physiology and pathophysiology of ageing. *Int. Dent. J.*, Guildford, v.33, n.3, p.251-161, Sept.1983.

HUGOSON, A. et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden in 1973 and 1983 II. A review of a clinical and radiographic findings. *Swed. Dent. J.*, Jönköping, v.10, n.5, p.175-94, 1986.

ISAKSSON, R. et al. Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for elderly. Part II: Clinical aspects. *Spec. Care Dentist.*, Chicago, v.20, n.3, p.109-113, May/June 2000.

JOKSTAD, A.; AMBJORNSSEN, E.; EIDE, K.E. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v.54, n.5, p.303-308, Oct. 1996.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Publ.*, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, jun.1987.

KALK, W.; de BAAT, C.; MEEUWISSEN, J.H. Is there a need for gerodontology? *Int. Dent. J.*, Guildford, v.42, n.4, p.209-16, Aug. 1992.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, Chicago, v.185, p.914-919, 1963.

KIYAK, H.A.; MILLER, R.R. Age differences in oral health and dental service utilization. *J. Publ. Health Dent.*, Raleigh, v.42, n.1, p.29-41, Winter 1982.

KNABE, C.; KRAM, P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. *J. Oral Rehabil.*, Oxford, v.24, n.12, p.909-912, Dec. 1997.

LEHR, U. A revolução da longevidade:

impacto na sociedade, na família e no indivíduo. *Estudos Interdisc. sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v.1, n.1, p.7-35, 1999.

MACENTEE, M.I. Oral care for successful aging in long-term care. *J. Publ. Health Dent.*, Raleigh, v.60, n.4, p.326-329, Spring 2000.

MANDERSON, R.D.; ETTINGER, R.L. Dental status of the institutionalized elderly population of Edinburgh. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v.3, n.3, p.100-107, May 1975.

MELLO, A.L.S.F.; PADILHA, D.M.P.; ROSA, M.A.C. Casas geriátricas do município de Porto Alegre manual de orientação aos usuários. Porto Alegre: UFRGS, Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Odontologia, nov. 2000.

NEVALAINEN, M.J.; NÄRHI, T.O.; AINAMO, A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in home-living elderly. *J. Oral Rehabil.*, Oxford, v.24, n.5, p.332-7, May 1997.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Ginebra: OMS, 1974. 51p. (Informes Tecnicos, 548).

PADILHA, D.M.P.; de SOUZA, M.A.L. Estado dentário e edentulismo observados em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. *Rev. Odonto Ciência*, Porto Alegre, v.12, n.24, p.67-85, dez. 1997.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v.21, n.3, p.211-24, jun.1987.

SALIBA, N.A.; MARCELINO, G.; SALIBA, C.A. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. In: REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 14, 1997, Águas de São Pedro. Anais... São Paulo: SBPqO, 1997. p.203.

Seminário Internacional Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século, Brasília, Ministério da previdência e assistência Social 1996. 97p.

SHAY, K.; JONATHAN, A.S. The importance of oral health in the older patient. *J. Am.Geriatric. Soc.*, Baltimore, v.43, n.12, p.1414-1422, Dec. 1995.

SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy II: correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v.22, n.2, p. 121-135, Feb. 1963.

SIMONS, D.; KIDD, E.A.; BEIGHTON, D. Oral health of elderly occupants in residential homes. *Lancet*, London, v.353, n.9166, p.1761, May 1999.

SMITH, J.M.; SHEIHAM, A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v.8, n.7, p.360-364, Oct. 1980.

STRAYER, M. Oral health for homebound and institutionalized elderly. *J. Calif. Dent. Assoc.*, Sacramento, v.27, n.9, p.703-708, Sept. 1999.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v.21, n.3, p.225-33, jun. 1987.

VIGILD, M. Dental caries and need for treatment among institutionalized elderly. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v.17, n.2, p.102-105, Apr. 1989.

WALDOW, V.R. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre/RS. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v.8, n.1, p.46-73, 1987.

WERNER, C.W. et al. Odontologia geriátrica. *Rev. Fac. Odontol. Lins, Lins*, v.11, n.1, p.62-70, jan./jun. 1998.

Endereço para contato:

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Esteves Junior, 680/701
Florianópolis - SC - CEP: 88.015-130
E-mail: alfm@terra.com.br