

AVALIAÇÃO CLÍNICA DE CARACTERÍSTICAS BUCAIS, TEMPORAIS E COMPORTAMENTAIS DE TRÊS GRUPOS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS



Marcos Martins Neto



**AVALIAÇÃO CLÍNICA DE CARACTERÍSTICAS BUCAIS, TEMPORAIS
E COMPORTAMENTAIS DE TRÊS GRUPOS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Marcos Martins Neto

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DE CARACTERÍSTICAS BUCAIS, TEMPORAIS
E COMPORTAMENTAIS DE TRÊS GRUPOS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Santa Cruz do Sul
EDUNISC
2017

© *Copyright*: do autor
1ª edição 2017

Direitos reservados desta edição:
Universidade de Santa Cruz do Sul

Editoração: Clarice Agnes, Caroline Fagundes Pieczarka
Arte da capa: Denis Ricardo Puhl (Assessoria de Comunicação e Marketing da UNISC)

M386a Martins Neto, Marcos

Avaliação clínica de características bucais, temporais e comportamentais de três grupos de idosos institucionalizados [recurso eletrônico] / Marcos Martins Neto. 1. ed. – Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017.

Dados eletrônicos.

Texto eletrônico.

Modo de acesso: World Wide Web: <www.unisc.br/edunisc>

ISBN: 978-85-7578-456-3

1. Saúde bucal. 2. Idosos – Saúde bucal. 3. Idosos – Saúde e higiene.
I. Título.

CDD: 617.601

Bibliotecária responsável: Edi Focking - CRB 10/1197

“É tão necessário cultivar a esperança como conservar a fé. Essas virtudes se entrelaçam como o ar e o perfume; se completam como o corpo e a alma, como a matéria e o espírito do homem. Só combate pela defesa de um ideal, o homem que tem esperança, esperança nos destinos sagrados de sua gleba, esperança que a semente que plantou hoje, crescerá amanhã, transformando-se em farta messe, e frutificará depois como um trigal, em ouro que alimenta.”

Prof. Dr. José Mariano da Rocha Filho,
Reitor Fundador da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Aos meus pais, Derocy e Diná.
À Luciany, minha esposa.
À Isabella, minha irmã, e família.

7 CONCLUSÕES	90
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	101
ANEXO A – FICHA CLÍNICA	101
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	103



Dada esta nova realidade, torna-se imperioso bucar conhecer as características de quem envelhece. Torna-se, assim, imperioso mapear o comportamento das condições e patologias que acometem nossa crescente população de idosos, buscar as associações possivelmente existentes entre origens, hábitos e características sociodemográficas e suas condições de saúde e doença.

Foi com o uso das ferramentas citadas acima que o Professor Marcos Martins Neto dedicou-se a estudar a população de idosos institucionalizados de Santa Maria, RS. Com o objetivo cientificamente claro e humanamente nobre de conhecer e descrever as distribuições das diversas condições orais que afetam esses indivíduos, e após meses de abnegada dedicação ao trabalho de campo e ao tratamento dos dados, é com clareza e maestria que o faz.

Dessa forma, somos brindados neste livro com um trabalho de clareza professoral e riqueza de informações, que nos conduz a um esclarecedor panorama sobre o tema.

Cabe ainda uma reflexão sobre a missão maior da ciência. Consta que o Papa Francisco, em uma de suas mensagens, afirmou que todo poder deve ser utilizado como serviço. Nesse contexto, o resultado de um trabalho científico deve estar necessariamente a serviço da humanidade. As idosas e os idosos examinados no levantamento que deu origem a este livro são especialmente fragilizados por sua condição de vida institucionalizada. No entanto, deram silenciosas lições de despreendimento diante de um mundo sempre mais imediatista e materialista, de resiliência diante da adversidade e de alegria frente à vida. O autor, acompanhei-o em alguns momentos do trabalho de campo, captou amplamente as manifestações daqueles indivíduos, foi além do levantamento propriamente dito, passando ao tratamento de algumas necessidades identificadas, ao acolhimento e à amizade. Assim, pude testemunhar em diferentes ocasiões deste trabalho a ciência no desempenho de sua missão maior – o altruísmo.

Boa leitura!

Júlio Eduardo do Amaral Zenkner
Professor Associado do Curso de Odontologia – UFSM
Doutor em Clínica Odontológica – UFRGS



1 INTRODUÇÃO

Considerando o contexto mundial, a prevalência de indivíduos, com 60 anos de idade ou mais, está aumentando mais rapidamente do que qualquer outro segmento etário. No ano de 2025, a população idosa vai atingir, aproximadamente, 1,2 bilhão de pessoas. Até 2050 serão computados 2 bilhões, sendo 80% nas nações em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Em 2009, Veras destacou que atingir a velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Segundo o autor, ainda que a melhora significativa dos indicadores de saúde das populações notada no século XX esteja longe de se distribuir de modo igualitário nos diferentes países, envelhecer não é mais privilégio reservado a poucos.

O envelhecimento populacional mundial foi um dos mais importantes eventos demográficos do século XX e também será expressivo no século XXI. O aumento da população idosa representa um acontecimento único e irreversível na história da humanidade (MONTENEGRO; MARCHINI, 2013).

No ano de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou relatório indicando que a população idosa (60 anos ou mais de idade) no Estado do Rio Grande do Sul (RS), em 2009, foi calculada em 1,499 milhão de indivíduos. O valor correspondeu a 13,7% da população total do RS, calculada em 10,917 milhões de habitantes. No Brasil, em 2009, a população idosa correspondeu a 21,736 milhões de pessoas (11,3% da população total, calculada em 191,796 milhões de habitantes). As populações projetadas pelo IBGE, em agosto de 2016, para o RS e Brasil, respectivamente, foram de 11.297.455 habitantes e 206.289.530 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Eustaquio-Raga, Montiel-Company e Almerich-Silla (2013) realizaram uma pesquisa com o objetivo de determinar a prevalência do edentulismo e sua associação com fatores socioeconômicos e hábitos de saúde bucal. Foram avaliados 531 idosos, com idades entre 65-74 anos, na região de Valência, Espanha. Os indivíduos foram oriundos de 34 centros de saúde e de 5 asilos (3 públicos e 2 privados). Observaram uma associação significativa entre o edentulismo e as seguintes variáveis: analfabetismo, institucionalização, residência rural, sexo masculino, higiene bucal precária e visitas regulares ao cirurgião-dentista.

O trabalho desenvolvido por Mozafari et al. (2012), em Mashhad, Irã, examinou uma amostra de 202 idosos institucionalizados. Os autores relataram que as alterações mais prevalentes foram: língua fissurada, glossite atrófica e varicosidades sublinguais. Dentre as lesões associadas ao uso de prótese, a estomatite por dentadura foi a mais numerosa. Destacaram que a expansão do número de idosos foi



Assim, determinou-se o problema desta pesquisa, isto é, a avaliação clínica de características bucais, temporais e comportamentais vai evidenciar diferenças entre os grupos filantrópicos de idosos institucionalizados? Caso positivo, em quais variáveis? E quais os fatores que influenciam as desigualdades?

O objetivo do presente estudo é avaliar clinicamente características bucais, temporais e comportamentais de três grupos filantrópicos de idosos institucionalizados no município de Santa Maria, RS, tentando estabelecer diferenças e ou semelhanças entre os grupos.



2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Características sociodemográficas

Chaimowicz e Greco (1999) destacaram que o envelhecimento da população brasileira tem sido acompanhado por mudanças epidemiológicas e sociais que, em outros países, elevaram a procura por instituições de longa permanência para idosos. Os autores elaboraram um estudo sobre a dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte (BH), MG. Foram pesquisados 1.128 internos de 33 das 40 instituições asilares (exclusivas para mulheres ou homens e mistas) do município. Verificaram que a institucionalização demonstrou ser, em grande parte, uma matéria feminina, pois 81,1% dos idosos institucionalizados eram mulheres. Considerando a população de idosas do município, 0,88% eram institucionalizadas. A prevalência de idosos institucionalizados correspondeu a 0,26% da população de homens idosos de BH.

Em 2011, Pereira e Besse pesquisaram o perfil da independência funcional em idosos oriundos de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) situada em São Paulo, SP. A amostra foi composta por 27 indivíduos, cujas idades foram maiores ou iguais a 60 anos. Dentre os resultados, observaram que o maior grau de dependência funcional foi associado aos idosos do sexo feminino, aos que possuíam 80 anos de idade ou mais e ao nível de escolaridade até o patamar de 8 anos de estudos. Os autores sugeriram a elaboração de mais estudos no contexto da institucionalização e da independência funcional.

Del Duca et al. (2012) desenvolveram um estudo caso-controle de base populacional, na cidade de Pelotas, RS, em idosos institucionalizados e não institucionalizados. As idades dos indivíduos avaliados ($n=991$), 393 institucionalizados e 598 não institucionalizados, eram iguais ou superiores a 60 anos. O sexo feminino foi o mais prevalente entre institucionalizados (73,8%) e não institucionalizados (62,9%). A média de idade dos internos foi superior a do grupo controle (79,7 e 70,4, respectivamente). Em relação ao estado civil, os idosos institucionalizados eram, predominantemente, viúvos (52,4%) ou solteiros (32,4%). A maioria dos institucionalizados (54,5%) não possuía escolaridade formal (anos completos). Os achados evidenciaram que sexo feminino, idade avançada (70 anos ou mais), idosos sem parceiro (viúvos, solteiros e separados) e não possuir escolaridade formal foram variáveis sociodemográficas associadas significativamente à institucionalização. A maior proporção de idosos do sexo feminino, nos grupos caso e controle, era prevista considerando o processo de feminilização do envelhecimento. O fenômeno poderia estar relacionado às diferenças na exposição aos riscos ocupacionais, pois, no passado, o papel dos homens era a atuação profissional, enquanto que as mulheres



estavam dedicadas às atividades domésticas; maior exposição masculina ao uso do álcool e fumo. Os autores identificaram uma tendência de elevação do risco de institucionalização à medida que aumentava a idade. No que se refere ao estado civil, a maioria dos internos eram viúvos, enquanto, entre os não institucionalizados, 51,5% eram casados. O referido achado sugeriu um paralelismo entre fatores sociais (isolamento e solidão) e biológicos (comprometimento da saúde física e mental), resultando na institucionalização do idoso. O reduzido nível de escolaridade da maioria dos institucionalizados poderia estar ligado ao fato de que, no passado, o acesso ao ensino era limitado, principalmente, entre as mulheres. A pesquisa sugeriu uma reflexão sobre as iniciativas destinadas à população de idosos que cresce rapidamente no Brasil. São necessários mecanismos de suporte e cuidado estimulados por políticas públicas.

No ano 2000, no Brasil, a taxa padronizada de mortalidade feminina foi de 4,24 óbitos por mil mulheres. Em 2010, o número reduziu para 3,72 óbitos por mil mulheres. Os dados indicaram o envelhecimento da população feminina brasileira (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012).

Dentro desse contexto, os possíveis reflexos do uso do fumo na menor sobrevivência entre homens idosos, considerando a maior exposição masculina ao fumo, podem ser investigados na literatura. Martins Neto (2000) analisou 44 idosos institucionalizados em asilo filantrópico em Porto Alegre, RS. A maioria desses indivíduos (n=23) fumava, sendo 69,6% (n=16) pertencentes ao sexo masculino. A maior proporção de idosos masculinos fumantes foi destacada por Peixoto, Firmo e Lima-Costa (2006). Foram pesquisados 3.275 indivíduos, com 60 anos de idade ou mais, distribuídos em duas comunidades localizadas no Estado de Minas Gerais, Brasil. Na região metropolitana de Belo Horizonte, a prevalência de tabagistas atuais, entre homens e mulheres, foi de 19,6% e 8,1%, respectivamente.

A feminilização do envelhecimento também poderia ser consequência do maior zelo feminino com a saúde. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) constataram a discreta procura por atendimentos de saúde por parte de homens. No imaginário masculino, a figura do homem viril, invulnerável e forte, poderia ser atingida pelas iniciativas preventivas associadas à fraqueza, medo e insegurança. O receio do diagnóstico de uma doença grave e a vergonha da exposição do corpo também afastariam o homem dos serviços de saúde. O sentimento masculino de invulnerabilidade provoca maior exposição aos riscos. O resultado da referida postura é a própria vulnerabilidade.

O estudo transversal de Almeida e Rodrigues (2008) avaliou 93 idosos institucionalizados em Portugal. O objetivo foi analisar a qualidade de vida e o grau de dependência nas atividades básicas diárias. O sexo feminino representou 75,3% dos indivíduos. As principais causas da institucionalização, apontadas por 77,7% da amostra, foram solidão e problemas de saúde. Os autores descreveram que à medida que a idade aumenta, a qualidade de vida diminui. A referida relação poderia



O estudo de Silva et al. (2008) investigou a saúde bucal de 107 idosos institucionalizados na cidade de Passo Fundo, RS. O trabalho foi desenvolvido em dois asilos privados e associados a entidades filantrópicas. Destacaram que 68,2% dos indivíduos da amostra (n=73) eram edentados (totais). Dos indivíduos edentados, 38 apresentaram algum tipo de candidíase, o que compromete a saúde e qualidade de vida dos idosos.

Ribeiro, Veloso e Souza (2012) realizaram um estudo observacional transversal em idosos moradores em instituição beneficente de longa permanência para idosos situada na cidade de João Pessoa, PB. Foram avaliados 55 idosos, dos quais 43 (78,2%) pertenciam ao sexo feminino, com idades iguais ou superiores a 60 anos. Dos indivíduos examinados, 35 (63,6%) eram edentados. Os autores destacaram que a amostra encontrava-se carente de atenção odontológica. Concluíram que os idosos necessitavam de ações para a manutenção da saúde bucal e de reabilitação protética, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida.

Eustaquio-Raga, Montiel-Company e Almerich-Silla (2013) estudaram 531 idosos, institucionalizados ou não institucionalizados, na região de Valência, Espanha. A prevalência de edentados foi de 20,7%. Observaram que a média de dentes era menor em indivíduos que visitavam regularmente o cirurgião-dentista. A referida constatação poderia ser atribuída ao fato de que os serviços odontológicos estavam concentrados nas exodontias e tratamentos protéticos em vez de medidas preventivas. De acordo com a pesquisa, a redução da prevalência do edentulismo depende de ações que visem a melhoria dos hábitos de higiene bucal associadas a medidas sociais e culturais.

Moreira (2009) destacou que a elevação da prevalência do edentulismo com o aumento da idade parece ser uma tendência universal. A perda dentária, consequência mais importante do aspecto cumulativo das duas principais patologias bucais, cárie e doença periodontal, ocorre, na maior parte dos casos, em indivíduos mais velhos. O referido contexto cria no imaginário social o quadro clássico do idoso edentado e a aceitação da perda dos dentes como uma evolução natural da dentição.

Islas-Granillo et al. (2011) desenvolveram uma pesquisa em idosos mexicanos não institucionalizados ou institucionalizados, cuja proposta era determinar a prevalência do edentulismo e fatores de risco. Foram examinados 139 indivíduos com 60 anos de idade ou mais, dos quais 96 pertenciam ao sexo feminino. A prevalência do edentulismo foi de 36,7%. Foram considerados fatores de proteção contra o edentulismo a companhia de um cônjuge e não possuir plano público de saúde (usualmente limitados a exodontias e restaurações simples). Observaram que o menor nível de escolaridade, indivíduo que foi submetido à radioterapia, fumante, portador de diabetes ou outra doença crônica foram variáveis associadas ao maior risco de edentulismo.



Na Alemanha, em 2015, Zenthöfer et al. estudaram 255 idosos oriundos de 14 asilos. A média de idade foi de 83,2 anos e 69% dos indivíduos pertenciam ao sexo feminino. O objetivo da pesquisa foi investigar a associação entre a condição dentária e a desnutrição em idosos institucionalizados. O estado nutricional (bem nutrido ou desnutrido) foi determinado conforme o índice de massa corporal. A prevalência do edentulismo foi de 39,5%. Observaram um risco de desnutrição 4,6 vezes maior para os edentados que não usavam prótese. Concluíram que idosos edentados que não usavam prótese e a substituição inadequada dos dentes foram associados a um acentuado risco de desnutrição.

A condição de saúde bucal de idosos institucionalizados foi definida como precária por Silva, Bonini e Bringel (2015). A prevalência de edentados (63,16%) na amostra foi considerada elevada. De acordo com o estudo, o estado de saúde bucal foi consequência de cuidados insuficientes ou redução da coordenação motora dos indivíduos.

Felton (2016) publicou uma revisão da literatura sobre a relação entre o edentulismo total e determinadas patologias. Tendo como base os artigos consultados, o autor sugeriu que o indivíduo edentado é suscetível à menor ingestão de nutrientes, à obesidade, apresenta maior risco para a doença pulmonar obstrutiva crônica e função cognitiva reduzida. De acordo com o estudo, próteses removíveis mal conservadas podem estar associadas a um aumento no número de internações devido à pneumonia. Destacou também que a perda de dentes e o edentulismo podem ser condições mais suscetíveis ao câncer de cabeça e pescoço. O edentulismo é um preditor de mortalidade por doença cardiovascular. Concluiu que pacientes e cuidadores devem ser instruídos no que diz respeito aos danos ocasionados pelas exodontias e próteses removíveis mal conservadas.

2.3 Alterações da mucosa bucal

2.3.1 Exame clínico

Kramer et al. (1980) elaboraram um trabalho para a Organização Mundial da Saúde (OMS) no qual propuseram uma abordagem sistemática para a avaliação clínica dos tecidos moles bucais e peribucais. O manual destacou a coleta e o registro das informações. Segundo os autores, eram examinados: lábios, mucosa labial, mucosa jugal, gengiva e processos alveolares, língua, assoalho bucal e palato.

Mecklenburg et al. (1992) apresentaram uma ficha clínica, como parte de uma metodologia, destinada ao registro das manifestações extra, peri e intraorais. Os autores sugeriram a utilização de desenhos esquemáticos da mucosa bucal visando otimizar o registro das alterações durante o exame clínico do paciente.



(cárie, perda dental e câncer bucal) não atingiu de maneira eficiente essa população. Destacaram que a saúde bucal dos idosos restritos ao domicílio foi considerada precária e equivalente a de idosos institucionalizados. O histórico de dificuldades de acesso a tratamentos odontológicos conservadores e a reduzida assistência preventiva e curativa foram características comuns entre idosos restritos ao domicílio e institucionalizados.

O uso regular de serviços odontológicos (“Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não” ou “Eu vou ao dentista de forma regular”) é menor entre os usuários de serviços públicos, e que, entre esses, o uso regular é menor entre os menos escolarizados e mais pobres. Indivíduos com maior conhecimento sobre a doença apresentaram maior probabilidade de fazer uso dos serviços de modo regular. O nível econômico reflete a capacidade de compra dos serviços, enquanto que a escolaridade traduz a compreensão de que, para a prevenção de doenças da boca, as consultas de rotina são importantes. Nesse sentido, deve-se investir, no contexto das políticas públicas, no estímulo ao uso regular, através da informação do paciente, da construção de uma relação de confiança e da atitude proativa no contato com o paciente (não aguardando que esse tome a iniciativa da procura do serviço). O médico poderia ser um importante aliado no estímulo à utilização dos serviços odontológicos (CAMARGO; DUMITH; BARROS, 2009).

A pesquisa realizada por Baldani et al. (2010) foi desenvolvida na cidade de Ponta Grossa, PR. O objetivo foi identificar as variáveis associadas à utilização de serviços odontológicos por parte de adultos e idosos de baixa renda residentes na área de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Foram entrevistados 246 indivíduos, dos quais 97 eram adultos (35-59 anos de idade) e 149, com 60 anos ou mais, foram considerados idosos. A maioria dos participantes (n=183) pertencia ao sexo feminino. O desfecho do estudo foi “haver consultado um dentista há três anos ou mais”, a fim de caracterizar a ausência de utilização regular de serviços de saúde. Observaram que apenas 27% dos entrevistados foram ao dentista no ano anterior. Considerando os idosos, a proporção reduziu para 19,5%. Os indivíduos com menor escolaridade, que não possuíam domicílios próprios e os que higienizavam os dentes ou próteses com menor frequência apresentaram maiores probabilidades de haver consultado o profissional há três anos ou mais. Destacaram que o fato de possuir um dentista regular foi considerado como característica facilitadora para a utilização recente de serviços de saúde bucal. Os resultados indicaram a necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos institucionais de acesso da população estudada aos serviços odontológicos.

Ferreira et al. (2011) analisaram a atuação do cirurgião-dentista no âmbito das instituições de longa permanência para idosos de Belo Horizonte, MG. Os dados do estudo transversal foram obtidos através de questionários autoaplicados. Participaram da pesquisa os coordenadores de 30 instituições filantrópicas e de



37 privadas. A taxa de resposta foi de 81%, totalizando 23 casas filantrópicas e 31 privadas. A maioria dos idosos pertencia ao sexo feminino (74%). O cirurgião-dentista foi um dos profissionais de menor frequência nas equipes de saúde das instituições, totalizando 25,8% e 13% das privadas e filantrópicas, respectivamente. Analisando-se, comparativamente, a participação do médico foi de 74,2% e 91,3%, respectivamente. A atuação do cirurgião-dentista envolveu consultório odontológico convencional (instituições filantrópicas) e contratação de atendimento com ou sem consultório portátil (instituições privadas), visto que, na totalidade das casas asilares, o profissional foi solicitado somente em casos de necessidade (inexistindo procedimentos preventivos ou cuidados periódicos). Os autores destacaram que a atuação odontológica teve discreta prioridade nas ações de saúde disponibilizadas aos idosos institucionalizados, limitada a procedimentos curativos. A grande maioria dos coordenadores relatou a adoção de rotinas de higienização bucal. Entretanto, notou-se a ausência de protocolos sistematizados e diferenciados, conforme a necessidade do paciente.

Machado et al. (2012) avaliaram, através de um estudo transversal, 3.391 adultos e idosos (n=638) domiciliados em regiões de vulnerabilidade social de Porto Alegre, RS. O objetivo da pesquisa foi estimar a prevalência do uso regular de serviços odontológicos por adultos e idosos. O desfecho foi o uso regular de serviços odontológicos. Foram considerados usuários regulares aqueles indivíduos que escolheram as seguintes opções: “Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não” ou “Eu vou ao dentista de maneira regular”. Verificaram que a maioria da amostra era de adultos jovens (20-39 anos), cor branca, mulheres, com até 8 anos de escolaridade e que a prevalência do uso regular de serviços odontológicos foi de 25,7%. A variável idade não teve significância estatística na análise múltipla. As mulheres utilizaram 29% mais os serviços quando comparadas aos homens. Em relação à escolaridade, indivíduos com 5-8 anos, 9-11 anos e com 12 anos de estudo ou mais demonstraram prevalência de uso regular 1,12, 1,91 e 2,48 vezes maior, respectivamente, quando comparados aos que possuíam de 0-4 anos. O uso regular de serviços odontológicos privados foi 43,0% maior do que nos serviços públicos. Os autores destacaram que a escolaridade pode ter maior influência que a idade no desfecho, pois proporciona maior conhecimento no que diz respeito à saúde bucal e à utilização de medidas preventivas no âmbito da saúde. O acesso aos cuidados odontológicos pode elevar a prevalência de uso regular desses serviços.

O estudo transversal publicado por Ferreira, Antunes e Andrade (2013) objetivou avaliar a associação entre a utilização recente de serviços odontológicos, fatores socioeconômicos e saúde bucal entre idosos no Brasil. Foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, desenvolvida em 2010. A amostra foi composta por 6.702 idosos, com idades entre 65 e 74 anos. A utilização do serviço odontológico foi medida pela pergunta: “Quando o(a) Sr. (a) consultou o dentista pela última vez?”



As possíveis respostas foram: menor que 1 ano; 1 a 2 anos; 3 anos ou mais; não se aplica e não sabe / não respondeu. Posteriormente, foram reclassificadas em dois anos ou menos (uso recente) e três anos ou mais. Verificaram que 46,5% da amostra utilizou recentemente o serviço odontológico (dois anos ou menos), e que 27,8% procurou o atendimento há menos de um ano. Os autores observaram, também, que o aumento da proporção de idosos com utilização recente foi associado ao aumento da escolaridade e ao maior número de dentes (com necessidade de tratamento, sem necessidade de prótese e com cárie). Indivíduos com zero a 20 dentes apresentaram menor prevalência de consulta recente. De acordo com o estudo, a maior renda pode facilitar o acesso ao serviço, e a maior escolaridade pode viabilizar o reconhecimento da importância do uso regular dos serviços odontológicos. Destacaram que a garantia de acesso a atendimentos de qualidade e o estímulo ao uso dos serviços entre os idosos continua sendo o grande desafio para o planejamento da atenção à saúde bucal.

Salgado, Montenegro e Marchini (2013) realizaram uma revisão bibliográfica sobre o acesso do idoso ao atendimento odontológico no Brasil. Destacaram que a maior parcela dessa população ainda não tem acesso ao cirurgião-dentista, pois o atendimento ainda é muito limitado aos que possuem condições financeiras. Segundo os autores, ações governamentais estão aproximando os idosos ao tratamento, entretanto ainda há muito a ser feito para que os idosos sejam atendidos com eficácia e qualidade.

Os idosos brasileiros não possuem acesso regular ao atendimento odontológico. Os baixos níveis de escolaridade e as condições desfavoráveis de renda e moradia são os principais obstáculos do acesso dos idosos ao cirurgião-dentista. A conscientização e motivação, dessa parcela populacional, com relação ao atendimento odontológico preventivo e regular podem ser alcançadas através da ampliação do conhecimento do idoso sobre saúde bucal (TINÓS; SALES-PERES; RODRIGUES, 2013).

2.5 Uso do álcool

O alcoolismo representa um vício em etanol que caracteriza dependência, sintomas de abstinência e os efeitos tóxicos, agudos e crônicos, de álcool no organismo (RUBIN; FARBER, 2002).

Oslin (1998) relatou que os problemas de saúde associados ao álcool podem ser uma das melhores formas de identificar os indivíduos com desordens de uso do álcool. O autor enumerou as seguintes patologias relacionadas com o alcoolismo: disfunção hepática, distúrbios gastrintestinais, disfunção do sistema nervoso central e periférico, anemia, miopatia, cardiomiopatia, pneumonia por aspiração, desnutrição e neoplasias malignas. Destacou que a entrevista clínica é o melhor instrumento para detectar pessoas com transtornos associados ao uso do álcool. Em 1999, Lima et al.



ser um instrumento promissor para a triagem do uso de álcool em grandes grupos.

Masur e Monteiro (1983) realizaram o trabalho de validação do CAGE no Brasil. O estudo foi desenvolvido em um hospital psiquiátrico privado em São Paulo, SP. Foram entrevistados 114 homens divididos em 2 grupos: grupo I composto por 68 bebedores-problema (média de idade=42 anos) recebidos no hospital com diagnóstico de alcoolismo e grupo II com 46 pacientes psiquiátricos (média de idade=31 anos) sem histórico de dependência de bebida alcoólica (capazes de fornecer respostas confiáveis, conforme avaliação psiquiátrica). O teste CAGE foi aplicado em ambos os grupos pelo mesmo entrevistador. Com base no número de respostas afirmativas nos 2 grupos (alcoolistas e não alcoolistas), os autores calcularam a sensibilidade (porcentagem de alcoolistas corretamente identificados) e a especificidade (porcentagem de não alcoolistas corretamente identificados), de acordo com o ponto de corte estabelecido (número de respostas afirmativas necessárias para identificar o alcoologista). Por exemplo, quando o ponto de corte foi igual a 4, a especificidade atingiu 100%, enquanto que a sensibilidade alcançou apenas 43%. Entretanto, quando o ponto de corte foi de duas ou mais respostas afirmativas para a definição de um CAGE-positivo, os índices atingiram 83% e 88%, respectivamente, o que foi considerado bastante satisfatório por Masur et al. (1985). Os dois cenários foram ao encontro dos achados de Mayfield, McLeod e Hall (1974).

O teste CAGE, destinado à detecção precoce do alcoolismo, apresenta simplicidade, rapidez de aplicação, homogeneização de informação, fácil interpretação e vem sendo adotado em vários países. Sem perguntar, em nenhum momento, se o entrevistado bebe ou o quanto bebe, a proposta do questionário é de que, se ocorre a percepção do beber excessivo e ou beber pela manhã, existe uma elevada chance do indivíduo usar álcool de forma exagerada. O teste valoriza a percepção do próprio sujeito, das pessoas próximas a ele e a sugestão de dependência. A adoção do CAGE, como um instrumento de triagem, visa obter respostas a questões padronizadas permitindo uma análise comparável e objetiva. O resultado CAGE-positivo não significa a certeza da síndrome de dependência do álcool mas a sua possibilidade, pois podem ocorrer os casos falso-positivos (não são dependentes do álcool e respondem, positivamente, a duas ou mais questões). A restrição que deve ser feita é que o teste não possui valor diagnóstico conclusivo mas indicativo, o que implica na necessidade de condutas posteriores que confirmem a possibilidade. A possibilidade de falso-negativos (têm a síndrome de dependência mas não chegam a responder afirmativamente duas perguntas) é uma situação inerente a qualquer procedimento que dependa da informação dos entrevistados. O CAGE prometeu ser um teste importante para a detecção de prováveis casos de alcoolismo. Entretanto, como qualquer outro questionário, não substitui uma detalhada anamnese (MASUR et al., 1985).

Steinweg e Worth (1993) compararam a eficiência do teste CAGE conforme



estatisticamente significativa. Os autores sinalizaram a necessidade de mais estudos, com amostras maiores, finalizando identificar os instrumentos mais eficientes para detectar o uso problemático do álcool em idosos. De acordo com a pesquisa, o consumo de bebidas alcoólicas tornou-se um tema relevante de saúde pública devido às patologias frequentemente diagnosticadas em idosos e o aumento dessa parcela populacional.

Hoeck e Van Hal (2013) analisaram os dados de 3954 idosos não institucionalizados. A média de idade foi de 74,9 anos. A pesquisa foi pioneira, na Bélgica, no que se refere à avaliação do padrão de consumo e dos problemas associados ao uso do álcool em idosos. Verificaram que a prevalência de positividade para o CAGE foi de 4,7%. Os autores destacaram que os resultados obtidos podem viabilizar medidas destinadas ao rastreamento e controle do alcoolismo na população idosa.

Guidolin et al. (2016) avaliaram 557 idosos residentes em domicílios, com 60 anos ou mais, inscritos no programa Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, RS. O objetivo do estudo transversal era determinar o padrão do uso do álcool em idosos e suas associações com características sociodemográficas. Dentre os idosos entrevistados, 355 (63,7%) pertenciam ao sexo feminino. Verificaram que 12% (n=67) da amostra apresentaram histórico de alcoolismo (história anterior e atual de dependência). O sexo masculino foi a variável mais fortemente associada ao histórico de alcoolismo. Outra associação significativa foi observada em idosos que vivem com seus parceiros. Os resultados da pesquisa demonstraram que o alcoolismo é frequente num grupo de idosos residentes num país em desenvolvimento (Brasil). Destacaram que os problemas associados ao uso de substâncias estão se tornando uma grave questão de saúde pública mundial. Segundo os autores, são necessárias novas pesquisas a fim de propiciar um melhor entendimento sobre os fatores socioculturais que influenciam o uso do álcool na população idosa.

Além das repercussões orgânicas, o alcoolismo também foi associado ao processo de institucionalização. O Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), no ano de 2008, elaborou um relatório sobre as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) identificadas no estado do Paraná. Foram avaliadas, através de questionários destinados aos idosos e aos profissionais, 229 estabelecimentos. Dentre os achados, destacaram-se os três principais fatores que motivaram a institucionalização dos idosos: família sem condições financeiras ou sem cuidadores, indivíduo sem família e doenças de distintas etiologias (sendo o alcoolismo frequentemente citado). Os idosos são encaminhados para as ILPI principalmente pela família, por assistentes sociais ou por amigos e ou vizinhos. O período de institucionalização tende a ser longo e, praticamente, todos permanecem no estabelecimento até a morte.



2.6 Uso do fumo

O tabaco é o maior agente etiológico de doenças e mortes evitáveis no mundo (MACHADO, 2013). As doenças associadas ao tabaco representam uma das maiores ameaças à saúde pública. Um indivíduo morre a cada seis segundos, aproximadamente, por patologias provocadas pelo tabagismo, ou seja, o equivalente a cerca de 6 milhões de pessoas a cada ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, a prevalência de usuários atuais de produtos derivados do tabaco, fumado ou não, de uso diário ou ocasional, considerando a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, foi de 15,0% (21,9 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade). Entre os idosos (60 anos de idade ou mais), a proporção alcançou 13,3 pontos percentuais. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, calculou que um terço da população mundial adulta, aproximadamente 2 bilhões de pessoas, era composta de fumantes.

Pinto, Pichon-Riviere e Bardach (2015) estimaram os reflexos do tabagismo no Brasil, ao longo do ano de 2011. Foram analisadas as seguintes variáveis: mortalidade, morbidade e custos de assistência médica. Verificaram que o tabagismo ocasionou 147.072 óbitos evitáveis (403 mortes por dia), 2,69 milhões anos de vida perdidos, 157.126 infartos agudos do miocárdio, 75.663 acidentes vasculares cerebrais e 63.753 diagnósticos de neoplasias malignas. Os custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e setor de saúde suplementar alcançaram a cifra de R\$ 23,37 bilhões. Os autores afirmaram que os referidos custos foram subestimados, pois não foram computadas as despesas com o absenteísmo, a perda de produtividade e os recursos oriundos do orçamento familiar.

Em muitos países, incluindo as nações desenvolvidas, os indivíduos de baixa renda são os maiores consumidores de tabaco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

No Brasil e no mundo, o vício do tabagismo vem se centralizando progressivamente em populações de menor escolaridade e renda. Tabaco e pobreza formam um círculo vicioso difícil de sair, salvo se os fumantes sejam encorajados e apoiados para cessar o consumo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007).

As principais patologias responsáveis pela mortalidade excessiva observada entre os fumantes são: doença cardíaca coronariana, neoplasia maligna de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica. Os tabagistas também apresentam maior incidência de câncer de boca, laringe, esôfago, pâncreas, bexiga, rim, cólon e colo uterino. Além disso, demonstram maior mortalidade provocada por aneurismas aórticos ateroscleróticos e úlcera péptica (RUBIN; FARBER, 2002).

O fumo é um dos mais potentes agentes cancerígenos que o homem



introduz voluntariamente no organismo. No tabaco e na fumaça emitida, podem ser identificadas, aproximadamente, 4.700 substâncias tóxicas. Dentre essas, 60 apresentam ação carcinógena conhecida, com destaque para os hidrocarbonetos policíclicos e as nitrosaminas específicas do tabaco, como a N-nitrosornicotina, encontrados no alcatrão (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002). A fumaça do cigarro é uma mistura de, no mínimo, 50 compostos incluindo hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, tais como o benzopireno, nitrosaminas, aldeídos e aminas aromáticas (SCULLY, 2009).

A proporção de fumantes entre os pacientes portadores de carcinoma bucal (80%) é duas a três vezes maior do que na população em geral. O risco para um segundo carcinoma primário do trato aerodigestivo superior é duas a seis vezes maior para indivíduos tratados de neoplasia maligna da boca que continuam a fumar do que para os que cessaram o vício após o diagnóstico (NEVILLE et al., 2009). Os tabagistas de cigarro parecem ser, aproximadamente, cinco vezes mais suscetíveis ao surgimento do carcinoma espinocelular de boca do que os não fumantes (SCULLY, 2009).

Franco et al. (1989) elaboraram um estudo caso-controle nas regiões metropolitanas de São Paulo, SP, Curitiba, PR e Goiânia, GO. O objetivo da pesquisa foi avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma de boca. Foram entrevistados e examinados 232 pacientes portadores de câncer de boca e 464 pacientes controle. Analisaram informações, como: emprego, exposição ambiental, uso do fumo, uso do álcool, dentre outras variáveis. O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas foram os principais determinantes do risco de câncer de boca no Brasil, sendo o fumo a variável mais importante. Verificaram que o risco relativo (RR) para o câncer, entre fumantes de cigarros industrializados, cachimbo e cigarros enrolados manualmente foi 6,3; 13,9 e 7,0 vezes maior, comparados ao risco dos que nunca fumaram. Outro resultado interessante foi que, após dez anos da cessação do uso de cigarros industrializados, o RR reduziu para níveis semelhantes (1,2) ao risco observado entre os que nunca fumaram (1,0). Os usuários de cigarros feitos manualmente apresentaram maiores riscos para o câncer de boca quando comparados aos que usavam cigarros industrializados. Destaca-se, ainda, que o RR é o número de vezes do que as pessoas expostas estão mais sujeitas a se tornarem doentes do que as pessoas não expostas (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

O estudo elaborado por Mecklenburg et al. (1992) abordou os efeitos do tabaco na boca. Foram descritas alterações da mucosa bucal, alterações dos tecidos duros do dente e doenças periodontais associadas e possivelmente associadas ao uso do fumo. Os efeitos do tabaco sobre a saúde da família, como o fumo passivo ou tabagismo passivo, também foram pesquisados. Na referida publicação, foi apresentada uma proposta de avaliação do paciente em relação ao uso do fumo. A avaliação consistia num questionário que verificava o tipo de fumo, o tempo de uso



com o objetivo de comparar a prevalência do uso do fumo entre os grupos. A coleta dos dados foi desenvolvida no Asilo Padre Cacique, Porto Alegre, RS e na Bancroft Unit (hospital geriátrico) em Londres, Inglaterra. Foi considerado fumante o indivíduo que, em algum momento de sua vida, utilizou cigarros ou semelhantes. No Brasil, dos 102 entrevistados, 51 eram fumantes, sendo 45 homens e 6 mulheres. Na Inglaterra, dos 87 idosos avaliados, 52 eram fumantes, 24 homens e 28 mulheres. Dos 51 brasileiros fumantes, 20 ainda fumavam (19 homens e 1 mulher). Dentre os 52 fumantes ingleses, somente 7 ainda fumavam (2 homens e 5 mulheres). Em relação à quantidade, 19,4% dos fumantes brasileiros e ingleses fumavam até 10 cigarros por dia. A autora concluiu que a frequência do hábito de fumar entre brasileiros e ingleses foi semelhante. Entre os fumantes, a prevalência de homens brasileiros foi quase o dobro do que a dos homens ingleses, enquanto a prevalência de mulheres brasileiras foi quase cinco vezes menor do que a das inglesas. A proporção de brasileiros que ainda fumavam foi três vezes maior do que a dos ingleses.

Martins Neto (2000) entrevistou e examinou 118 idosos, divididos em três grupos: 43 idosos institucionalizados em asilo particular (grupo P), 44 idosos institucionalizados em asilo filantrópico (grupo F) e 31 idosos não institucionalizados (grupo I). A pesquisa foi realizada nas cidades de São Leopoldo, RS e Porto Alegre, RS. Em relação ao uso do fumo, foram considerados fumantes os idosos que fumavam e aqueles que tinham cessado o vício de fumar havia menos de dez anos, com base no trabalho de Franco et al. (1989). O autor identificou um fumante no grupo P, 28 no F e 3 no I. No grupo P, onde nenhum idoso fumava, não era permitido o uso de cigarros e ou semelhantes. No F, foram observados 23 idosos que fumavam. E no grupo I, 2 indivíduos fumavam. Dentre as alterações da mucosa bucal associadas e possivelmente associada ao uso do fumo, levando em consideração os três grupos, as mais prevalentes, em ordem decrescente, foram: melanose nicotínica, leucoedema e língua pilosa. O autor relatou que a acentuada prevalência de idosos que fumavam no grupo F (52,27%) poderia ser associada ao nível de escolaridade dos idosos, tendo em vista que apenas 6,8% dos componentes do grupo F possuíam o ensino médio (antigamente chamado de segundo grau) completo, e o referido ensino foi o nível de escolaridade mais elevado. Além disso, 25% dos idosos eram analfabetos. Foi destacado, também, que no grupo F foram diagnosticadas 33 alterações da mucosa bucal associadas e possivelmente associada ao uso do fumo. No grupo P, não foram identificadas alterações. E, no grupo I, apenas um caso de melanose nicotínica.

Em 2010, Carvalho, Gomes e Loureiro analisaram o tabagismo em idosos institucionalizados no Distrito Federal, Brasil. Foram avaliados 573 indivíduos (60 anos de idade ou mais), 349 homens e 224 mulheres, oriundos de 13 instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). A prevalência de tabagistas foi de 23,0% (n=132), sendo 90 (25,8%) homens e 42 (18,7%) mulheres. De acordo com os autores, o homem fuma mais na juventude e permanece fumando mais quando comparado



às idosas. O estudo também evidenciou a diminuição da prevalência tabágica com a elevação da faixa etária. No que diz respeito ao grau de dependência nicotínica, 77,6% dos fumantes foram classificados nos subgrupos de moderado (51,7%) ou elevado (25,9%) grau de dependência. Foi demonstrado um decréscimo significativo da dependência nicotínica à medida que aumentava o número de anos de estudo. A maioria dos tabagistas (57,7%) apresentou baixa motivação para a cessação do vício. O grau de dependência e a baixa motivação para a cessação foram considerados fatores que dificultaram o êxito do tratamento antitabágico. A pesquisa destacou que a institucionalização pode contribuir na perpetuação do vício do tabagismo, tendo em vista o abandono familiar, possíveis maus tratos, o acesso restrito a profissionais qualificados no âmbito da geriatria e gerontologia e a solidão que os idosos, algumas vezes, enfrentam nas casas asilares.

A avaliação das características e fatores associados ao tabagismo em idosos foi o objetivo do estudo transversal de Freitas et al. (2010). Foram entrevistados, nos domicílios situados em Londrina, PR, 344 idosos com 60 anos de idade ou mais. A prevalência de tabagistas foi de 23,8%. Verificaram que o reduzido nível de escolaridade (menos de 4 anos de estudo) associou-se com a maior proporção de fumantes (66,6%). A menor prevalência de tabagistas (1,6%) foi identificada nos idosos com maior grau de instrução (12 anos de estudo ou mais). Em relação à renda familiar, 74,3% dos fumantes estavam no segmento de até 2 salários. Na faixa de 5 salários ou mais, apenas 6% eram tabagistas. Assim, foi observada uma associação significativa e negativa entre o tabagismo e escolaridade e renda familiar. Concluíram que nos programas de cessação do tabagismo entre idosos, os fatores baixo nível de escolaridade e situação socioeconômica devem ser destacados, pois servem como advertência para os obstáculos que podem ser encontrados nessa população.

Zaitune et al. (2012) aplicaram questionários em 1.954 idosos não institucionalizados, cujas idades eram iguais ou superiores a 60 anos, residentes no Estado de São Paulo, Brasil. O objetivo do estudo transversal foi calcular a prevalência de fumantes e as variáveis associadas. O indivíduo que fumou no mínimo um cigarro por dia durante, pelo menos, um mês e que persistia no vício foi considerado fumante atual. A prevalência de fumantes (atuais) foi de 12,2%. No que se refere às variáveis, as proporções de fumantes foram significativamente mais elevadas em idosos do sexo masculino, com idade entre 60-69 anos, não brancos e que possuíam renda de até um salário mínimo. Relataram que a prevalência de fumantes foi quase três vezes maior entre idosos de menor renda familiar *per capita* (18,5%), quando comparados aos indivíduos de renda superior a 4 salários mínimos (6,7%). A referida constatação revelou que o sistema de saúde precisa oferecer tratamento, apoio e cuidados a essa parcela da sociedade.

O estudo transversal de Silva et al. (2009) analisou os dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito



Verificaram que 48% dos idosos, nas instituições A e C, eram solteiros. Na B, 79% eram viúvos ou separados. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 46% da amostra foi considerada não alfabetizada. Em relação ao uso do fumo, no grupo C, onde todos os indivíduos pertenciam ao sexo feminino, nenhuma idosa fumava. Problemas familiares, motivo de doença e “não tinha para onde ir” foram as principais causas da institucionalização. Foi sublinhada a necessidade de atenção urgente aos idosos institucionalizados, tendo em vista a tendência de crescimento expressivo do referido grupo.

Na cidade de Rio Grande, RS, Gonçalves et al. (2008) desenvolveram um estudo transversal com o objetivo de calcular a prevalência de quedas em idosos institucionalizados. Foram entrevistados 180 indivíduos. A proporção de fumantes foi de 11,6%.

Bazotti et al. (2016) utilizaram os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 do IBGE, com a finalidade de caracterizar a população brasileira, acima de 14 anos de idade, que consome produtos associados ao tabagismo. A referida parcela populacional foi estimada em 135.676.655 indivíduos. Foi definida como tabagista a pessoa que gastava seus rendimentos com o tabaco e derivados, independente de fumar ou não. Observaram que um percentual significativo (9,9%) da população era tabagista. Dentre os tabagistas, os homens eram predominantes em todas as faixas etárias e representaram 63,5% do subgrupo. A prevalência de tabagistas, entre os idosos (61 anos ou mais), ficou em 12,7%. Os autores destacaram que os tabagistas são mais velhos do que os não tabagistas. Na população com 12 anos de estudo ou mais, 8,1% era formada por não tabagistas e 5,5% eram tabagistas. Em geral, os tabagistas apresentaram menos anos de estudo do que a população não tabagista. O estudo também evidenciou que o uso do tabaco estava mais concentrado nas populações de menores rendimentos. As despesas com tabaco repercutiram no orçamento doméstico, pois os recursos empenhados poderiam ser destinados para outras prioridades e necessidades da família, como educação, alimentação e roupas. A caracterização das populações (tabagista e não tabagista) pode contribuir para a elaboração e implantação de iniciativas públicas associadas à prevenção e superação dos hábitos tabagistas.

Aliado ao conjunto de ideias desenvolvido até o momento, destaca-se que os derivados do tabaco não proporcionam nenhum benefício para quem os consome. Contrariamente, provocam dependência, patologias graves, incapacitações e mortes. É justo que, por meio de tributos, o Governo cobre da indústria tabageira os custos, arcados pela sociedade, do tratamento de doenças causadas pelo tabagismo, do tratamento da dependência nicotínica, das aposentadorias precoces e dos demais custos decorrentes do consumo de tabaco. O tabagismo é uma doença, cujo controle não depende de vacinas, antimicrobianos, quimioterápicos e sim da vontade da sociedade (CAVALCANTE, 2005).



3 PROPOSIÇÕES

O presente estudo tem como proposições as seguintes assertivas:

- Existem diferenças estatísticas significativas em relação ao edentulismo entre os grupos de idosos institucionalizados (AE, LV e VI).
- Existem diferenças estatísticas significativas em relação às alterações da mucosa bucal entre os grupos de idosos institucionalizados (AE, LV e VI).
- Existem diferenças estatísticas significativas em relação ao tempo decorrido da última consulta odontológica entre os grupos de idosos institucionalizados (AE, LV e VI).
- Existem diferenças estatísticas significativas em relação ao uso do álcool entre os grupos de idosos institucionalizados (AE, LV e VI).
- Existem diferenças estatísticas significativas em relação ao uso do fumo entre os grupos de idosos institucionalizados (AE, LV e VI).



4.1 Edentulismo

A presença de idosos totalmente edentados entre os grupos estudados foi avaliada através do exame clínico. Foi considerado edentado o indivíduo cujas arcadas dentárias estavam totalmente desprovidas de dentes naturais.

4.2 Identificação das próteses

O exame clínico possibilitou a identificação do(s) tipo(s) de prótese(s). As próteses foram classificadas em: prótese parcial removível superior, prótese parcial removível inferior, prótese total superior ou prótese total inferior.

4.3 Alterações da mucosa bucal

As alterações da mucosa bucal foram avaliadas a partir de uma abordagem sistemática para o exame clínico, proposta por Kramer et al. (1980), conforme descrito abaixo:

1. **LÁBIOS:** incluindo a pele ao redor dos lábios. Os lábios foram examinados com a boca aberta e fechada. Verificaram-se a cor e textura do vermelhão dos lábios superior e inferior.
2. **MUCOSA LABIAL:** incluindo o vestíbulo. Com a boca parcialmente aberta, foram examinados a mucosa labial e sulco vestibular superior e inferior. Verificaram-se a cor, textura e presença de outras anormalidades.
3. **MUCOSA JUGAL:** incluindo o vestíbulo. Com a boca totalmente aberta, examinaram-se a mucosa jugal direita e, posteriormente, a esquerda, desde a comissura labial até o pilar anterior amigdaliano. Foram observadas as mudanças de pigmentação, coloração, textura e outras anormalidades da mucosa.
4. **GENGIVA e PROCESSOS ALVEOLARES:** foi examinado o aspecto da superfície vestibular da gengiva ou mucosa dos processos alveolares. O exame teve início pelo terço posterior da maxila, lado direito, acompanhando os detalhes anatômicos até o lado esquerdo. A seguir, examinou-se o terço posterior da mandíbula, lado esquerdo, até atingir o terço posterior do lado direito. Num segundo momento, foi aplicada a mesma metodologia para a avaliação da superfície lingual ou palatina.
5. **LÍNGUA:** a inspeção iniciou-se pelo dorso da língua objetivando verificar a presença de aumento de volume, ulceração, mudanças de coloração, textura e alterações nas papilas linguais. A seguir, foram examinadas as bordas



3. Se você usa fumo, qual o tipo e a quantidade?

- () Cigarro ____/dia
- () Charuto ____/dia
- () Outros - _____ ____/dia

4. Quantos dias da semana você usa fumo?

7 6 5 4 3 2 1

No presente estudo, foram considerados fumantes os idosos que fumavam e aqueles que abandonaram o vício de fumar há menos de dez anos, com base no trabalho de Franco et al. (1989).

As alterações da mucosa bucal associadas e possivelmente associada ao uso do fumo foram listadas com fundamento na classificação proposta por Mecklenburg et al. (1992).

As informações obtidas durante o exame clínico, considerando o edentulismo, identificação das próteses, alterações da mucosa bucal, tempo decorrido da última consulta odontológica, uso do álcool e uso do fumo foram anotadas na ficha clínica (Anexo A). O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) foi anexado à ficha clínica.

O cálculo do tamanho amostral foi baseado no estudo de Mozafari et al. (2012). Os seguintes critérios foram considerados: alfa de 5%, poder estatístico de 80%, prevalência prévia de alterações na mucosa de 96%, erro padrão de 3% e intervalo de confiança de 95%. Um total de 97 pacientes foram necessários para satisfazer esses requerimentos. Posteriormente, adicionou-se 30% para possíveis recusas e estimou-se um número final de 138 indivíduos. Considerando que cada instituição asilar abriga um número diferente de idosos, a amostra foi coletada respeitando o porte populacional de cada grupo, ficando assim distribuída:

- Grupo AE: 23 idosos;
- Grupo LV: 90 idosos e
- Grupo VI: 25 idosos.

Após a coleta, os dados foram distribuídos conforme os grupos (AE, LV e VI). Posteriormente foram analisados utilizando-se o programa STATA 12.0 (Stata 12.0 for Windows; Stata Corporation, College Station, TX, USA). As diferenças entre as médias de idade e média de alterações da mucosa bucal por indivíduo foram comparadas estatisticamente através do teste de análise de variância (ANOVA). As diferenças entre as demais variáveis, quando possível, foram verificadas pelo teste qui-quadrado ou pelo teste exato de Fisher quando o número apresentado na casela era menor do que 5. O nível de significância de 5% foi adotado em todas as análises.



5 RESULTADOS

**Tabela 1 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados.
Santa Maria, RS, 2015**

GRUPO	Número de indivíduos	%
AE	23	20,00
LV	67	58,26
VI	25	21,74
TOTAL	115	100,00

Tabela 2 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao sexo. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO SEXO	AE		LV		VI	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Masculino	12	52,17	0	0,00	23	92,00
Feminino	11	47,83	67	100,00	2	8,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).

**Tabela 3 – Média de idade dos indivíduos dos grupos estudados.
Santa Maria, RS, 2015**

GRUPO MÉDIA DE IDADE	AE (<i>n</i> = 23)	LV (<i>n</i> = 67)	VI (<i>n</i> = 25)
Média de idade	73,65 anos ^{AB}	77,88 anos ^A	72,52 anos ^B
Desvio - padrão	10,34	8,01	9,80

* Medidas seguidas de mesma letra não diferem entre si.

Através da análise de variância (ANOVA), verificou-se que as idosas do grupo LV tendem a possuir uma média de idade superior em relação aos idosos do grupo VI ($p=0,02$). Entre o grupo AE e as outras instituições não houve diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).



- 16 Leucoplasia por Candida(1 – 4,35%)
- 17 Língua fissurada (1 – 4,35%)
- 18 Macroqueilia (1 – 4,35%)
- 19 Nevo melanocítico intraoral (1 – 4,35%)
- 20 Petéquias (1 – 4,35%)
- 21 Queilite actínica (1 – 4,35%)
- 22 Queilite angular (1 – 4,35%)
- 23 Úlcera inespecífica (1 – 4,35%)
- TOTAL (75)

Lar das Vovozinhas (LV)

- 1 Varicosidades sublinguais (42 – 62,69%)
- 2 Língua saburrosa (37 – 55,22%)
- 3 Grânulos de Fordyce (18 – 26,87%)
- 4 Varicosidades não linguais (17 – 25,37%)
- 5 Glossite atrófica (13 – 19,40%)
- 6 Língua fissurada (7 – 10,45%)
- 7 Estomatite por dentadura pontilhada (I) (5 – 7,46%)
- 8 Hiperplasia fibroepitelial inflamatória (5 – 7,46%)
- 9 Pigmentação melânica racial (fisiológica) (4 – 5,97%)
- 10 Hiperplasia da mucosa do rebordo por atrofia alveolar (3 – 4,48%)
- 11 Ceratose friccional (2 – 2,99%)
- 12 Fibroma (2 – 2,99%)
- 13 Língua pilosa (2 – 2,99%)
- 14 Petéquias (2 – 2,99%)
- 15 Queilite angular (2 – 2,99%)
- 16 Tórus palatino (2 – 2,99%)
- 17 Úlcera traumática (2 – 2,99%)
- 18 Glossite romboidal mediana (1 – 1,49%)
- 19 Hiperplasia fibroepitelial por câmara de sucção (1 – 1,49%)
- 20 Língua geográfica (1 – 1,49%)
- 21 Macroqueilia (1 – 1,49%)
- 22 Malformação vascular (1 – 1,49%)
- 23 Mucocele (1 – 1,49%)
- 24 Nevo melanocítico intraoral (1 – 1,49%)



- 25 Queilite actínica (1 – 1,49%)
- 26 Tatuagem por amálgama (1 – 1,49%)
- 27 Tórus mandibular (1 – 1,49%)
- 28 Úlcera inespecífica (1 – 1,49%)
- TOTAL (176)

Vila Itagiba (VI)

- 1 Varicosidades sublinguais (18 – 72,00%)
- 2 Língua saburrosa (16 – 64,00%)
- 3 Grânulos de Fordyce (12 – 48,00%)
- 4 Varicosidades não linguais (4 – 16,00%)
- 5 Glossite atrófica (4 – 16,00%)
- 6 Leucoedema (3 – 12,00%)
- 7 Língua fissurada (3 – 12,00%)
- 8 Língua pilosa (3 – 12,00%)
- 9 Melanose do fumante (3 – 12,00%)
- 10 Queilite actínica (3 – 12,00%)
- 11 Petéquias (2 – 8,00%)
- 12 Pigmentação melânica racial (fisiológica) (2 – 8,00%)
- 13 Ceratose friccional (1 – 4,00%)
- 14 Estomatite por dentadura difusa (II) (1 – 4,00%)
- 15 Estomatite por dentadura pontilhada (I) (1 – 4,00%)
- 16 Hiperplasia da mucosa do rebordo por atrofia alveolar (1 – 4,00%)
- 17 Leucoplasia (associada ao uso do fumo) (1 – 4,00%)
- 18 Macroqueilia (1 – 4,00%)
- 19 Malformação vascular (1 – 4,00%)
- 20 Mucosa com aspecto xerostômico (1 – 4,00%)
- 21 Queilite angular (1 – 4,00%)
- 22 Tórus mandibular (1 – 4,00%)
- 23 Úlcera inespecífica (1 – 4,00%)
- TOTAL (84)



Figura 1 – Varicosidades sublinguais (a)

Fonte: Acervo do autor (2015).

Figura 2 – Varicosidades sublinguais (b)

Fonte: Acervo do autor (2015).



Figura 3 – Língua saburrosa



Fonte: Acervo do autor (2015).

Figura 4 – Grânulos de Fordyce em mucosas retrocomissural e jugal



Fonte: Acervo do autor (2015).



Figura 5 – Varicosidade não lingual em mucosa jugal

Fonte: Acervo do autor (2015).

Figura 6 – Língua fissurada

Fonte: Acervo do autor (2015).



Figura 7 – Ceratose friccional em fundo de sulco vestibular posterior inferior



Fonte: Acervo do autor (2015).

Figura 8 – Queilite angular



Fonte: Acervo do autor (2015).



Figura 9 – Tórus mandibular (lado direito)

Fonte: Acervo do autor (2015).

Figura 10 – Tórus mandibular (lado esquerdo)

Fonte: Acervo do autor (2015).



Figura 11 – Tórus palatino



Fonte: Acervo do autor (2015).

Tabela 10 – Regiões de maiores frequências de alterações da mucosa bucal, de acordo com os grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

INSTITUIÇÃO \ CLASSIFICAÇÃO	AE (n = 23)	LV (n = 67)	VI (n = 25)
Primeira	Dorso da língua	Dorso da língua	Dorso da língua
Segunda	Ventre da língua	Ventre da língua	Mucosa jugal
Terceira	Mucosa jugal	Mucosa jugal	Ventre da língua
Quarta	Palato duro	Lábios	Lábios
Quinta	Lábios	Gengivas e processos alveolares	Gengivas e processos alveolares



Tabela 11 – Distribuição das frequências das lesões associadas ao uso de prótese entre os indivíduos portadores de prótese total superior, dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO / LESÕES	AE (n = 17)		LV (n = 36)		VI (n = 3)	
	f	%	f	%	f	%
Hiperplasia fibroepitelial inflamatória	1	11,11	2	18,18	0	0,00
Hiperplasia fibroepitelial por câmara de sucção	0	0,00	1	9,09	0	0,00
Hiperplasia da mucosa do rebordo por atrofia alveolar	2	22,00	3	27,27	1	33,33
Estomatite por dentadura pontilhada (I)	3	33,33	5	45,46	1	33,33
Estomatite por dentadura difusa (II)	3	33,33	0	0,00	1	33,33
Estomatite por dentadura papilomatosa (III)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	9	100,00	11	100,00	3	100,00

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).

Tabela 12 – Distribuição das frequências das lesões associadas ao uso de prótese entre os indivíduos portadores de prótese total inferior, dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO / LESÕES	AE (n = 8)		LV (n = 22)		VI (n = 2)	
	f	%	f	%	f	%
Hiperplasia fibroepitelial inflamatória	1	100,00	1	100,00	0	0,00
Hiperplasia da mucosa do rebordo por atrofia alveolar	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	1	100,00	1	100,00	0	100,00

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).



Tabela 13 –Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao tempo decorrido da última consulta odontológica dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO \ TEMPO DECORRIDO	AE		LV		VI	
	f	%	f	%	f	%
Menos de 1 ano	9	39,13	10	14,93	2	8,00
De 1 a 5 anos	5	21,74	22	32,84	5	20,00
Mais de 5 anos	9	39,13	33	49,24	17	68,00
Nunca recebeu atendimento	0	0,00	2	2,99	1	4,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).

Tabela 14 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao ato de consultar o cirurgião-dentista no último ano. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO \ CONSULTA AOCD* NO ÚLTIMO ANO	AE		LV		VI	
	f	%	f	%	f	%
Sim	9	39,13	10	14,93	2	8,00
Não	14	60,87	57	85,07	23	92,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

*Cirurgião-dentista.

Através do teste qui-quadrado, verificou-se que os idosos do grupo AE consultaram mais o cirurgião-dentista, no último ano, quando comparados aos dos grupos LV ($p=0,02$) e VI ($p=0,01$). Entre os grupos LV e VI não houve diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).



Tabela 15 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e à negatividade e positividade para o teste CAGE (ponto de corte igual a 2). Santa Maria, RS, 2015

GRUPO / CAGE	AE		LV		VI	
	f	%	f	%	f	%
CAGE - negativo*	15	65,22	67	100,00	12	48,00
CAGE - positivo**	8	34,78	0	0,00	13	52,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

* Menos de duas respostas afirmativas.

** Duas ou mais respostas afirmativas.

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).

Tabela 16 – Distribuição dos indivíduos fumantes entre os grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO / FUMANTE	AE		LV		VI	
	f	%	f	%	f	%
Sim	10	43,48	6	8,96	10	40,00
Não	13	56,52	61	91,04	15	60,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

Na presente pesquisa, foram considerados fumantes os idosos que fumavam e aqueles que tinham abandonado o vício de fumar havia menos de 10 anos, com base no trabalho de Franco et al. (1989).

Através do teste qui-quadrado, verificou-se que o grupo LV tende a possuir uma proporção menor de fumantes do que os grupos AE e VI ($p < 0,001$). Entre o grupo AE e o grupo VI não houve diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$).



Tabela 17 –Distribuição dos indivíduos fumantes, de acordo com o sexo, entre os grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO/SEXO FUMANTE	AE		LV		VI	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Sim	9	1	0	6	10	0
Não	3	10	0	61	13	02
TOTAL	12	11	0	67	23	02

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).

Tabela 18 –Distribuição dos idosos que fumavam, de acordo com o sexo, entre os componentes dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO SEXO	AE (n = 7)		LV (n = 1)		VI (n = 5)	
	Masculino	6	(85,71%)	0	(0%)	5
Feminino	1	(14,29%)	1	(100%)	0	(0%)
TOTAL	7	(100%)	1	(100%)	5	(100%)

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).

No grupo AE, dos 23 idosos avaliados, 7 (30,43%) fumavam. No grupo LV (n=67), apenas 1 (1,49%) idosa fumava. E no grupo VI, dos 25 idosos avaliados, 5 (20,00%) fumavam.

Com relação ao tipo de fumo, no grupo AE, dos 7 idosos que fumavam, 4 (57,14%) usavam o cigarro de tabaco industrializado com filtro, 2 (28,57%) confeccionavam manualmente o cigarro sem filtro (palheiro) e 1 (14,29%) usava o cigarro de tabaco industrializado com filtro e o palheiro. No grupo LV, o cigarro de tabaco industrializado com filtro foi a opção da única idosa que fumava. E no grupo VI, todos os idosos que fumavam (n=5), usavam o cigarro de tabaco industrializado com filtro.



Tabela 19 – Quantidade de cigarros consumidos por dia, considerando os idosos que fumavam, entre os componentes dos grupos estudados.

Santa Maria, RS, 2015

GRUPO / QUANTIDADE	AE		LV		VI	
	f	%	f	%	f	%
1 a 5 cigarros / dia	2	28,57	1	100,00	2	40,00
6 a 10 cigarros / dia	2	28,57	0	0,00	3	60,00
11 a 15 cigarros / dia	2	28,57	0	0,00	0	0,00
16 a 20 cigarros / dia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mais de 20 cigarros / dia	1	14,29	0	0,00	0	0,00
TOTAL	7	100,00	1	100,00	5	100,00

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).

Os idosos que fumavam dos grupos AE, LV e VI faziam uso do fumo durante os 7 dias da semana.

Tabela 20 – Distribuição das frequências das alterações da mucosa bucal associadas e possivelmente associada ao uso do fumo (MECKLENBURG et al., 1992) entre os indivíduos fumantes, dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO / LESÕES	AE (n = 10)		LV (n = 6)		VI (n = 10)	
	f	%	f	%	f	%
Câncer bucal	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Leucoplasia	0	0,00	0	0,00	1	10,00
Eritroleucoplasia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Estomatite nicotínica	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Melanose do fumante	2	33,33	0	0,00	3	30,00
Queimadura labia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Leucoedema	1	16,67	0	0,00	3	30,00
Leucoplasia po <i>Candida</i>	1	16,67	0	0,00	0	0,00
Língua pilosa	2	33,33	1	100,00	3	30,00
Glossite romboidal mediana	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Líquen plano	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	6	100,00	1	100,00	10	100,00

Pelas características do teste qui-quadrado, não foi possível aplicá-lo em cruzamentos onde ocorreram caselas nulas (iguais a zero).



6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da amostra

O presente estudo, no âmbito da caracterização da amostra, avaliou as seguintes variáveis dos idosos institucionalizados em entidades filantrópicas: sexo, idade, estado civil, cor da pele e nível de escolaridade.

A distribuição da amostra em relação aos grupos avaliados e ao sexo foi influenciada pelos estatutos das instituições. O Abrigo Espírita Oscar José Pithan (AE), representa uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) mista, isto é, acolhe homens e mulheres. Observou-se um determinado equilíbrio no AE, pois 52,17% dos indivíduos pertenciam ao sexo masculino e, 47,83% ao sexo feminino. A direção do grupo AE divide a oferta de vagas entre homens e mulheres. A divisão de vagas entre os sexos foi observada em outras pesquisas (JORGE JUNIOR, 1990; MARTINS NETO, 2000). O Lar das Vovozinhas (LV) caracteriza-se pelo acolhimento exclusivo de mulheres, conforme estatuto da ILPI. Notou-se que 100% da amostra avaliada no grupo LV era constituída por idosas. Davim et al. (2004) também avaliaram uma instituição asilar destinada ao acolhimento exclusivo de mulheres. O Asilo Vila Itagiba (VI) é uma instituição asilar que abriga homens. Entretanto, dos 25 idosos avaliados no grupo VI, 2 (8,00%) pertenciam ao sexo feminino. A explicação para a referida particularidade reside no fato de que uma idosa era funcionária do asilo e, a outra, cuidadora de idosos. O estudo de Chaimowicz e Greco (1999) também identificou a existência de asilos exclusivos para mulheres ou homens e mistos. Levando em consideração a totalidade dos três grupos (AE, LV e VI), o sexo feminino foi o mais prevalente (69,57%) entre os idosos asilares. O referido achado vai ao encontro dos resultados de outros estudos (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999; ALMEIDA; RODRIGUES, 2008; FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010; DEL DUCA et al., 2012; HOPCRAFT et al., 2012; LIMA et al., 2013; ZENTHÖFER et al., 2015). De acordo com a distribuição dos dados, não foi possível aplicar o teste estatístico visando verificar a ocorrência, ou não, de diferenças significativas entre os grupos.

Com relação à média de idade dos indivíduos dos grupos estudados, verificou-se que as idosas do grupo LV tendem a possuir um valor superior em relação aos idosos do grupo VI. A composição dos grupos LV e VI, em relação ao sexo, deve ser analisada. A totalidade dos indivíduos do grupo LV pertencia ao sexo feminino, enquanto, no grupo VI, 92,00% (n=23) eram homens. Assim, a maior sobrevivência das mulheres no Brasil (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012) e a composição dos grupos podem justificar o resultado observado. O fenômeno de feminilização do envelhecimento, que poderia estar associado às maiores exposições do homem aos riscos ocupacionais, ao uso do álcool, ao uso do fumo (DEL DUCA et al., 2012)



e ao maior zelo feminino com a saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), auxilia a compreensão da maior sobrevivência feminina. Entre o grupo AE, onde notou-se proporções aproximadas entre homens (52,17%) e mulheres (47,83%), e os grupos LV e VI não foram observadas diferenças estatísticas significativas. A média de idade calculada nos grupos AE (73,65 anos), LV (77,88 anos) e VI (72,52 anos) superou os 70 anos. Essa constatação concorda com os resultados de Del Duca et al. (2012) que associaram a idade avançada (70 anos ou mais) à institucionalização.

Os achados do presente estudo não evidenciaram diferenças estatísticas significativas no que se refere ao estado civil dos idosos dos três grupos estudados. No grupo AE, os viúvos foram os mais prevalentes (39,13%), coincidindo com os resultados encontrados por Almeida e Rodrigues (2008); Gonçalves et al. (2008) e Del Duca et al. (2012). Nos grupos LV e VI, observou-se a maior proporção de solteiros: 50,75% e 64,00%, respectivamente. Esses dados estão em concordância com os de Lima et al. (2013), que, também, identificaram a maior prevalência de solteiros. Nesse sentido, deve-se destacar os relatos de Del Duca et al. (2012). Os autores descreveram que idosos sem parceiro (viúvos, solteiros e separados) foram associados significativamente à institucionalização. As elevadas proporções de idosos sem parceiro nos grupos AE (91,30%), LV (94,03%) e VI (92,00%) vão ao encontro dos achados dos referidos autores. Com base na literatura consultada, a solidão é uma das principais causas da institucionalização (ALMEIDA; RODRIGUES, 2008).

Não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre a cor da pele dos idosos dos três grupos estudados. Mesmo assim, destacam-se algumas considerações. Na presente pesquisa, os idosos se autodeclararam brancos, negros ou pretos. A declaração dos entrevistados, também, foi seguida por Marcias (2008). Logo, os internos foram classificados em leucodermas e melanodermas. Os leucodermas foram os mais prevalentes, pois os índices, dos três grupos, foram iguais ou superiores a 80%. Os leucodermas, considerando os idosos institucionalizados, também, foram os indivíduos mais prevalentes nos estudos de Jorge Junior (1990); Jorge Junior (1996); Martins Neto (2000); Carvalho; Luckow e Siqueira (2011) e Rosa; Moraes e Santos Filha (2016). Na amostra estudada, não foram observados indivíduos de cor amarela (xantodermas), coincidindo com os relatos de Jorge Junior (1996).

O nível de escolaridade dos três grupos de idosos institucionalizados foi levantado de acordo com os critérios propostos por Pereira e Besse (2011). Os autores, também, utilizaram a classificação para caracterizar idosos internos numa ILPI. A pesquisa de Silva et al. (2009), sobre tabagismo e escolaridade no Brasil, definiu que indivíduos, com até 8 anos de estudo, apresentam baixa escolaridade. Na presente investigação, não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre o nível de escolaridade dos idosos das três ILPIs avaliadas. Por outro lado, deve ser destacada a elevada presença de idosos analfabetos e com até 8 anos de estudo



(baixa escolaridade), observada nos grupos AE (91,30%), LV (91,04%) e VI (80,00%). A referida informação foi igualmente constatada em outros estudos (MARTINS NETO, 2000; DAVIM et al., 2004; ÜNLÜER; GÖKALP; DOGAN, 2007; MARCIAS, 2008; CARVALHO et al., 2010; FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010; BELOTI et al., 2011; CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011; RIBEIRO; VELOSO; SOUZA, 2012; LIMA et al., 2013; ROSA; MORAES; SANTOS FILHA, 2016). É importante ressaltar que, no passado, a estrutura social dificultava o ingresso no ensino, especialmente entre as mulheres, e que a ausência de escolaridade formal (anos completos de estudo) foi significativamente associada à institucionalização de idosos (DEL DUCA et al., 2012). De certa forma, pode-se sugerir um paralelismo entre os relatos de Del Duca et al. (2012) e o panorama caracterizado nos três grupos (AE, LV e VI), no que diz respeito à escolaridade.

6.2 Edentulismo

A avaliação clínica intrabucal foi desenvolvida conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde – OMS (1997). Outras pesquisas, na área da Odontogeriatrica, também empregaram a referida metodologia (MARTINS NETO, 2000; ÜNLÜER; GÖKALP; DOGAN, 2007; DOGAN; GÖKALP, 2012). Os exames dos idosos institucionalizados foram realizados em cadeira comum, cadeira de rodas ou cama. Essa prática vai ao encontro das pesquisas de Reis et al. (2005) e Hopcraft et al. (2012).

Inicialmente, deve ser destacado que, nos três grupos de idosos, o consultório odontológico estava desativado. A desativação dos equipamentos ocorreu em 2013 (grupos AE e VI) e 2014 (grupo LV). Exigências das autoridades sanitárias, questões orçamentárias e indisponibilidade de profissional habilitado foram elencadas como causas das desativações. Logo, as instituições não ofereciam aos idosos uma assistência odontológica regular, coincidindo com os achados de Simons; Kidd e Beighton (1999). Nas três casas asilares estudadas, os atendimentos odontológicos são pontuais, curativos e desencadeados pela queixa do paciente (problema agudo) ou relatos do corpo de enfermagem, constituindo-se numa característica que vai ao encontro da literatura (SIMONS; KIDD; BEIGHTON, 1999; FERREIRA et al., 2011). Os idosos com necessidades de atendimento são encaminhados ao Centro de Especialidades Odontológicas da Prefeitura Municipal de Santa Maria (PMSM), Ambulatórios da PMSM e ou para profissionais que disponibilizam, gratuitamente, o procedimento. Durante a coleta de dados, alguns idosos foram encaminhados ao ambulatório da disciplina de Estomatologia Clínica II do Curso de Odontologia da UFSM, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). De acordo com a avaliação realizada na disciplina, outras clínicas participaram



do atendimento aos indivíduos. Vale lembrar que, segundo a literatura, a atuação curativa do cirurgião-dentista não é suficiente para elevar a qualidade de vida dos internos. Procedimentos preventivos, também, devem ser disponibilizados (ÜNLÜER; GÖKALP; DOGAN, 2007).

As prevalências de edentados nos grupos AE, LV e VI foram de 43,48% (n=10), 58,21% (n=39) e 24,00% (n=6), respectivamente. A prevalência observada no grupo AE (43,48%) ficou próxima das verificadas em diferentes partes do mundo (PADILHA, 1997; HOPCRAFT et al., 2012; EUSTAQUIO-RAGA; MONTIEL-COMPANY; ALMERICH-SILLA, 2013; ZENTHÖFER et al., 2015). No grupo LV, que apresentou a maior proporção (58,21%) entre os três grupos, a prevalência de edentados aproximou-se dos achados de outros estudos (SIMONS; KIDD; BEIGHTON, 1999; BELOTI et al., 2011). A literatura consultada também revelou índices superiores ao verificado no Lar das Vovozinhas (TRANTOS, 2005; REIS et al., 2005; ÜNLÜER; GÖKALP; DOGAN, 2007; MARCIAS, 2008; SILVA et al., 2008; RIBEIRO; VELOSO; SOUZA, 2012; SILVA; BONINI; BRINGEL, 2015). A prevalência calculada no grupo VI (24,00%) atingiu um patamar reduzido.

Na presente pesquisa, constatou-se que o grupo VI tende a possuir uma proporção menor de edentados do que o grupo LV. A análise desse achado deve levar em consideração a média de idade dos grupos, isto é, as idosas do grupo LV tendem a possuir uma média de idade superior em relação aos idosos do grupo VI. Verifica-se, através da literatura consultada, que a prevalência de edentados aumenta com a elevação da idade (MOREIRA, 2009; MOREIRA; NICO; TOMITA 2011; DOGAN; GÖKALP, 2012). Segundo Moreira (2009), a perda dos dentes resulta do aspecto cumulativo da cárie e doença periodontal, sendo mais comum em indivíduos com idades mais elevadas. A tendência universal, sugerida por Moreira (2009), da elevação da prevalência do edentulismo com o aumento da idade, auxilia a justificar a maior prevalência (58,21%) de edentados identificada no grupo LV, que também apresentou uma média de idade (77,88 anos) maior do que a do grupo VI (72,52 anos). Moreira; Nico e Tomita (2011), no que se refere aos idosos institucionalizados, relataram que a baixa escolaridade, higiene bucal precária e a idade mais avançada são variáveis associadas ao edentulismo. Em outro estudo, em idosos não institucionalizados, o edentulismo foi associado negativamente ao nível de escolaridade (MARCUS et al., 1996). Na presente amostra, o analfabetismo e a baixa escolaridade predominaram nos três grupos, portanto, não foram observadas diferenças estatísticas significativas em relação ao nível de escolaridade entre os grupos AE, LV e VI. Entretanto, no grupo VI, foi identificada a menor prevalência de indivíduos com baixa escolaridade (80,00%). Nos grupos AE e LV, os índices foram de 91,30% e 91,04%, respectivamente. Os dados relacionados à higiene bucal não foram formalmente coletados. Novamente, destaca-se a idade mais avançada como uma variável que pode ter influenciado a prevalência do edentulismo. Considerando a prevalência de edentados, não foram



observadas diferenças significativas entre o grupo AE e as outras instituições (LV e VI). O paralelismo sugerido entre o edentulismo e a média de idade foi reforçado, pois, no que se refere à média de idade, entre o grupo AE e as outras casas asilares, também, não foram identificadas diferenças significativas. A idade elevada (igual ou superior a 80 anos) foi associada ao maior grau de dependência funcional (PEREIRA; BESSE, 2011). Assim, as repercussões da dependência funcional podem refletir, também, na higiene bucal, pois a redução da coordenação motora dos idosos influencia a precária condição de saúde bucal (SILVA; BONINI; BRINGEL, 2015).

A média de idade e a prevalência de edentados do grupo AE (73,65 anos e 43,48%) ficaram muito próximas às verificadas por Padilha (1997) (73,6 anos e 43,1%). A prevalência do edentulismo no grupo LV (58,21%) foi semelhante à observada por Simons; Kidd e Beighton(1999) (57,44%). Entretanto, a média de idade (83,9 anos) da amostra de Simons; Kidd e Beighton(1999) superou a do grupo LV (77,88 anos). No estudo de Silva; Bonini e Bringel (2015), o índice de edentados foi de 63,16% e a média de idade atingiu 81,38 anos. Comparando os resultados encontrados na literatura (SIMONS; KIDD; BEIGHTON, 1999; SILVA; BONINI; BRINGEL, 2015), nota-se que os dados foram superiores aos identificados no grupo VI (72,52 anos e 24,00%), que demonstrou as menores média de idade e prevalência de edentados entre os grupos estudados.

Por outro lado, convém lembrar que Burt; Ismail e Eklund (1985) evidenciaram que as perdas dentárias nos idosos, causadas pela doença periodontal destrutiva, não são inevitáveis. Segundo os autores, nos indivíduos com excelente higiene bucal, a idade não parece ser um fator importante para a doença periodontal. A ausência de atendimento odontológico regular, incluindo a orientação de higiene oral, foi observada nos três grupos de idosos.

No que diz respeito aos idosos edentados que não usavam próteses ou que eram portadores de próteses dentárias, somente num dos maxilares, os achados encontrados no presente estudo podem servir como um alerta. No grupo AE, 20,00% dos indivíduos usavam prótese somente na maxila. No grupo LV, 28,21% das internas não usavam próteses. Dentre os edentados do grupo VI, 50,00% não eram portadores de próteses dentárias. Considerando que idosos edentados, que não eram portadores de próteses, foram associados a um acentuado risco de desnutrição (ZENTHÖFER et al., 2015; FELTON, 2016), nos três grupos avaliados foi identificada a referida associação que compromete a qualidade de vida dos idosos (RIBEIRO; VELOSO; SOUZA, 2012). A constatação pode ser reflexo da ausência de atendimento odontológico regular. A integração dos procedimentos de saúde bucal aos programas de saúde geral, no âmbito da ILPI, poderia diferenciar os cuidados odontológicos dos idosos asilares (BELOTI et al., 2011).

A classificação utilizada para distinguir idosos edentados (que perderam todos os dentes) e não edentados (que possuem um ou mais dentes) é uma limitação do



estudo. Idosos que apresentam um, dois ou nenhum dente sofrem, na maior parte dos casos, das mesmas consequências associadas ao edentulismo e, possivelmente, possuem as mesmas variáveis associadas às perdas dentárias. Entretanto, essa questão é inerente a qualquer tipo de categorização de fatores quantitativos e não justificaria a desistência da proposta (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2011). Na amostra avaliada, o referido contexto foi observado. O diagnóstico de dentes indicados à extração foi utilizado para caracterizar um idoso não edentado.

6.3 Alterações da mucosa bucal

O exame clínico do paciente, visando a avaliação da mucosa bucal, foi realizado de acordo com os critérios da abordagem sistemática preconizada por Kramer et al. (1980). Dentro do contexto da Odontogeriatrics, outros estudos também seguiram os referidos critérios (NEVALAINEN; NÄRHI; AINAMO, 1997; MARTINS NETO, 2000; JORNET; PÉREZ, 2006; MUJICA; RIVERA; CARRERO, 2008; FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010). Na ficha clínica foram dispostos os desenhos esquemáticos propostos por Mecklenburg et al. (1992), com o objetivo de otimizar o registro dos dados obtidos. O diagnóstico clínico das alterações da mucosa bucal foi baseado na publicação de Neville et al. (2009), exceto a identificação da estomatite por dentadura que seguiu a classificação proposta por Newton (1962). O livro de Neville et al. (2009) constitui-se num valioso referencial para o diagnóstico nas áreas da Patologia Bucal e Estomatologia. O estudo de Carvalho et al. (2011), em Odontogeriatrics, também consultou o livro. A classificação de Newton orientou as pesquisas de Padilha (1997); Martins Neto (2000) e Triantos (2005). As lesões associadas ao uso de prótese foram listadas conforme a classificação utilizada por Padilha (1997). A referida classificação foi adotada por Martins Neto (2000). A amostra (grupos AE, LV e VI) foi avaliada por um único examinador, coincidindo com a metodologia empregada em outras pesquisas (JORGE JUNIOR, 1990; MARTINS NETO, 2000; JAINKITTIVONG; ANEKSUK; LANGLAIS, 2002; JORNET; PÉREZ, 2006).

A avaliação clínica das alterações da mucosa bucal englobou as lesões (patologias) e as variações da normalidade. Esse procedimento visa valorizar o diagnóstico das manifestações bucais do paciente idoso e, também, foi adotado em outros estudos (JORGE JUNIOR, 1990; BIRMAN et al., 1991; JORGE JUNIOR, 1996; PADILHA, 1997; MARTINS NETO, 2000; JAINKITTIVONG; ANEKSUK; LANGLAIS, 2002; TRIANTOS, 2005; FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010; MOZAFARI et al., 2012; LYNGE PEDERSEN et al., 2015). Na pesquisa de Mujica, Rivera e Carrero(2008), as variações da normalidade foram excluídas da casuística. A inclusão das variações da normalidade, no conjunto das alterações da mucosa bucal do paciente idoso, enriquece a pesquisa, agrega conhecimento às relações de ensino/aprendizagem e diferencia a erudição profissional. Além disso, as alterações bucais



de menor relevância e que não necessitam de tratamento, requerem atenção clínica e preservação (TRANTOS, 2005).

As variações da normalidade diagnosticadas nos grupos avaliados foram: varicosidades sublinguais, língua saburosa, grânulos de Fordyce, varicosidades não linguais, língua fissurada, pigmentação melânica racial (fisiológica), tórus mandibular, tórus palatino e língua geográfica. Esse relato vai ao encontro dos achados de Ferreira, Magalhães e Moreira (2010), exceto as varicosidades não linguais e o tórus mandibular. Vale destacar que Neville et al. (2009) descreveram as varicosidades não linguais juntamente com as varicosidades sublinguais. O tórus mandibular foi abordado, pelos autores, na sequência do tórus palatino, sendo a etiologia dos tórus possivelmente multifatorial (influências ambientais e genéticas). Assim, a inclusão das varicosidades não linguais e do tórus mandibular no grupo das variações da normalidade também apresenta respaldo na literatura (NEVILLE et al., 2009). O somatório dos três grupos avaliados totalizou 335 alterações da mucosa bucal. Dessas, as variações da normalidade representaram 68,66% (n=230). Na amostra de Ferreira, Magalhães e Moreira (2010), as variações da normalidade corresponderam a 59,1% das alterações diagnosticadas.

A média de alterações da mucosa bucal por indivíduo em relação aos grupos estudados revelou que o grupo VI tende a possuir uma média superior (3,36) à média do grupo LV (2,63). A diferença identificada entre os grupos pode ser atribuída à prevalência de fumantes. No grupo VI a prevalência foi de 40,00%, enquanto, que no grupo LV, 8,96% da amostra eram fumantes. Portanto, a referida diferença foi significativa. No grupo VI foram diagnosticadas, entre os idosos fumantes, 10 alterações da mucosa bucal associadas e possivelmente associada ao uso do fumo (MECKLENBURG et al., 1992). Já no grupo LV, apenas uma alteração foi diagnosticada. O panorama observado pode ser consequência da proibição do uso do fumo no Lar das Vovozinhas (LV). Mesmo com a determinação da direção do grupo LV, ainda foi possível identificar uma idosa que fumava. No Asilo Vila Itagiba (VI), o uso do fumo é liberado. Portanto, é possível sugerir uma relação de causa e efeito, ou seja, o tabagismo provoca as alterações que repercutem no contexto da amostra. No estudo de Martins Neto (2000), considerando os dois grupos de idosos institucionalizados, foi identificado um panorama semelhante. No grupo que apresentou a média de alterações da mucosa bucal mais elevada (3,95) a prevalência de fumantes foi de 63,6%. Por outro lado, a menor média (2,88) foi constatada no grupo que apresentou apenas 2,3% de tabagistas. Padilha (1997), em relação ao grupo de idosos institucionalizados brasileiros, calculou uma média igual a 2,96. A autora destacou que 19,4% dos idosos fumavam.

Entre o grupo AE (3,26) e as outras instituições asilares (LV e VI) não foram observadas diferenças estatísticas significativas em relação à média de alterações. Mesmo assim, destacam-se algumas particularidades. A prevalência de fumantes,



verificada no grupo AE (43,48%), superou a do grupo LV (8,96%). No grupo AE foram observadas, entre os fumantes, 6 alterações da mucosa bucal associadas e possivelmente associada ao fumo. Entretanto, no Lar das Vovozinhas (LV), notou-se somente uma alteração. No Abrigo Espírita Oscar José Pithan (AE), a exemplo do que ocorre no grupo VI, o uso do fumo é permitido. Notam-se situações comuns entre os grupos AE e VI (prevalência de fumantes, alterações da mucosa bucal e uso do fumo liberado). Contudo, no que diz respeito à média de alterações da mucosa bucal, identificou-se diferença significativa somente entre os grupos LV e VI. As desigualdades numéricas e comportamentais observadas entre os grupos AE e LV indicam que, numa amostra maior, poderiam ser detectadas diferenças significativas.

No que diz respeito aos números mínimo e máximo de alterações da mucosa bucal por indivíduo, verificou-se que os três grupos de idosos institucionalizados apresentaram o mesmo quadro clínico. Os números mínimo e máximo foram 1 e 5, respectivamente. A literatura consultada revelou, considerando idosos asilares, que o menor número foi zero (JORGE JUNIOR, 1990; PADILHA, 1997; MARTINS NETO, 2000; JAINKITTIVONG; ANEKSUK; LANGLAIS, 2002) e o maior número de alterações da mucosa bucal por indivíduo foi 7 (PADILHA, 1997; MARTINS NETO, 2000). As pesquisas de Jorge Junior (1990) e Martins Neto (2000) também diagnosticaram, no máximo, 5 alterações da mucosa bucal por indivíduo. Vale salientar que, na presente pesquisa e nos estudos citados, anteriormente, nesse parágrafo, foram diagnosticadas e incluídas, nos levantamentos, as lesões e as variações da normalidade. Entretanto, Mujica, Rivera e Carrero (2008) desconsideraram as variações da normalidade. A inclusão ou exclusão das variações da normalidade, possivelmente, influenciam a distribuição dos números mínimo e máximo de alterações da mucosa bucal por indivíduo.

A variedade de alterações da mucosa bucal diagnosticadas nos grupos AE, LV e VI, considerando os 115 idosos institucionalizados examinados e a distribuição por ordem decrescente de frequência, revelou a presença de 35 diferentes tipos de alterações. A literatura consultada relatou distintas análises. Jorge Junior (1990) descreveu 28 tipos. Martins Neto (2000) listou 43 tipos de alterações. Jainkittivong, Aneksuk e Langlais (2002) identificaram uma variedade de 24 alterações. Em 2005, Triantos constatou a presença de 27 alterações. O estudo de Mujica, Rivera e Carrero (2008), considerando apenas as lesões, diagnosticou 24 tipos de alterações. Vale relatar que, na presente pesquisa, foram computados 9 tipos de variações da normalidade, com base nas definições de Neville et al. (2009). A análise dos diferentes números deve levar em consideração os critérios utilizados nas casuísticas. As pesquisas citadas, nesse parágrafo, evidenciaram uma diversidade de critérios de diagnóstico clínico. Por exemplo, no presente estudo, os casos de estomatite por dentadura foram classificados em pontilhada (tipo I), difusa (II) e papilomatosa (III) (NEWTON, 1962). Outros estudos (JAINKITTIVONG; ANEKSUK; LANGLAIS, 2002; MUJICA; RIVERA; CARRERO, 2008) apenas citaram o diagnóstico de estomatite por



dentadura. As situações descritas alteram o componente quantitativo e qualitativo das amostras.

A avaliação da distribuição das alterações por ordem decrescente de frequência, conforme o grupo, demonstrou que nos grupos AE e VI foram identificados 23 tipos de alterações da mucosa bucal. No grupo LV, observou-se a presença de 28 tipos. As listagens evidenciaram a presença de 16 alterações comuns entre os três grupos. Também foi possível identificar alterações que ocorreram somente num determinado grupo. No grupo AE, foram duas: estomatite por dentadura papilomatosa (III) e leucoplasia por *Candida*. No grupo LV, notou-se oito: fibroma, tórus palatino, úlcera traumática, glossite romboidal mediana, hiperplasia fibroepitelial por câmara de sucção, língua geográfica, mucocele e tatuagem por amálgama. A leucoplasia (associada ao uso do fumo) e a mucosa com aspecto xerostômico foram alterações exclusivas do grupo VI. No que se refere ao uso do fumo, verificou-se que o grupo LV tende a possuir uma proporção menor de fumantes do que os grupos AE e VI. Das oito alterações notadas exclusivamente no grupo LV, nenhuma estava associada ao uso do fumo, pois o caso de glossite romboidal mediana foi identificado numa idosa que nunca fumou. Dos dois casos de língua pilosa diagnosticados no Lar das Vovozinhas, alteração notada nos três grupos e associada ao uso do fumo (MECKLENBURG et al., 1992), somente um foi observado em fumante. Portanto, parece que a maior variedade de alterações demonstrada no grupo LV não foi influenciada pelo tabagismo. O referido relato vai de encontro ao que foi descrito por Martins Neto (2000).

As cinco alterações mais prevalentes em cada grupo, em ordem decrescente de frequência, foram: varicosidades sublinguais, língua saburrosa, grânulos de Fordyce, varicosidades não linguais e glossite atrófica. No grupo VI, varicosidades não linguais e glossite atrófica apresentam a mesma frequência (n=4).

As varicosidades sublinguais apresentam destaque nas pesquisas, realizadas no Brasil e no exterior, em Odontogeriatrics. As varicosidades (varizes) são veias anormalmente dilatadas e tortuosas (NEVILLE et al., 2009). As referidas variações da normalidade também foram as alterações da mucosa bucal mais prevalentes nas casuísticas de Jorge Junior (1996); Padilha (1997); Martins Neto (2000); Jankittivong, Aneksuk e Langlais (2002); Ferreira, Magalhães e Moreira (2010) e Lynge Pedersen et al. (2015). Na pesquisa de Mozafari et al. (2012), a prevalência das varicosidades sublinguais ficou abaixo das prevalências da língua fissurada e da glossite atrófica. As alterações foram associadas significativamente à doença cardiovascular e ingestão de fármacos que atuam no sistema cardiovascular (LYNGE PEDERSEN et al., 2015). Nos grupos AE (69,57%), LV (62,69%) e VI (72,00%), as prevalências foram acentuadas e concordam com os dados encontrados na literatura (LAZOS;PIEMONTE; PANICO, 2015). Os índices foram superiores aos encontrados em outras pesquisas (PADILHA, 1997; JANKITTIVONG; ANEKSUK; LANGLAIS, 2002; FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010; LYNGE PEDERSEN et al., 2015). Porém, foram menores do que as



prevalências observadas por Jorge Junior (1996) e Martins Neto (2000), iguais a 88,7% e 75%, respectivamente. As elevadas prevalências em idosos salientam a necessidade de avaliações clínicas intrabucais periódicas (LAZOS; PIEMONTE; PANICO, 2015), pois não devem ser identificadas e tratadas como doença. É necessária a orientação do paciente no que diz respeito ao diagnóstico (FIGUEIREDO; YURGEL; LORANDI, 1990).

A segunda alteração mais comum nos grupos AE (60,87%), LV (55,22%) e VI (64,00%) foi a língua saburrosa. A alteração representa uma variação da normalidade (FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010) e caracteriza-se pelo acúmulo de células epiteliais descamadas e bactérias no dorso da língua, podendo ocasionar a halitose (NEVILLE et al., 2009). Nos estudos de Jorge Junior (1996) e Ferreira, Magalhães e Moreira (2010) as prevalências foram de 78,0% e 27,8%, respectivamente. Martins Neto (2000) verificou, na avaliação de dois grupos de idosos institucionalizados, os índices de 46,5% e 54,5%. Vale destacar que a língua saburrosa também foi a segunda alteração mais prevalente nos estudos de Jorge Junior (1996); Martins Neto (2000) e Ferreira, Magalhães e Moreira (2010). Na presente pesquisa, onde os grupos avaliados não possuem assistência odontológica regular, a deficiente higienização bucal pode ocasionar a alteração.

Os grânulos de Fordyce são definidos como glândulas sebáceas que ocorrem na mucosa bucal. São identificados em mais de 80% da população e podem ser classificados no conjunto das variações da normalidade (NEVILLE et al., 2009). Representaram a terceira alteração da mucosa bucal mais prevalente nos três grupos avaliados. As proporções observadas, conforme os grupos, foram de 26,09% (AE), 26,87% (LV) e 48,00% (VI). Na literatura consultada, notaram-se as seguintes prevalências: 13,53% (BIRMAN et al., 1991), 56,6% (JORGE JUNIOR, 1996), 16,3%, 29,5% (MARTINS NETO, 2000) e 20,9% (FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010). A exemplo do que ocorreu na análise da língua saburrosa, as prevalências dos grânulos de Fordyce, verificadas na literatura e no presente estudo, foram variáveis.

As varicosidades não linguais foram menos frequentes do que as sublinguais. Essa constatação vai ao encontro dos achados da literatura (JORGE JUNIOR, 1990; JORGE JUNIOR, 1996; NEVILLE et al., 2009). Ocorrem, principalmente, nos lábios e na mucosa jugal. São varicosidades solitárias que consistem num aumento de volume azul-purpúreo, firme e indolor (NEVILLE et al., 2009). No presente estudo, foi a quarta alteração da mucosa bucal mais prevalente nos grupos AE (21,74%) e LV (25,37%). No grupo VI, atingiu 16% (n=4) dos idosos. A glossite atrófica, no referido grupo, apresentou a mesma prevalência. Na amostra avaliada por Jorge Junior (1990), a prevalência das varicosidades não linguais foi de 7,4%, ficando distante dos índices encontrados nas instituições asilares de Santa Maria, RS. Entretanto, em 1996, Jorge Junior observou um índice de 32,7%. Vale salientar que nas pesquisas de Padilha (1997) e Martins Neto (2000), cujos critérios clínicos basearam-se nas definições



de Axéll (1976), foi empregada a expressão angiomatose senil. Os critérios clínicos adotados no presente estudo (NEVILLE et al., 2009) não contemplaram a referida expressão. A utilização de critérios distintos pode justificar a variabilidade observada em termos numéricos e qualitativos. A divergência, também, pode ser atribuída ao fato de que a maioria dos estudos não oferece um conceito claro e bem definido de como elaborar o diagnóstico de varicosidades (LAZOS; PIEMONTE; PANICO, 2015).

A glossite atrófica evidenciou as seguintes prevalências: 17,39% (AE), 19,40% (LV) e 16,00% (VI). Consiste numa atrofia difusa das papilas do dorso da língua, frequentemente acompanhada por um sintoma de queimação (NEVILLE et al., 2009). Também foi denominada de despilação lingual acentuada (JORGE JUNIOR, 1990) ou atrofia das papilas linguais (PADILHA, 1997; MARTINS NETO, 2000). A prevalência observada no grupo LV (19,40%) ficou muito próxima à prevalência encontrada no estudo de Padilha (1997), ou seja, 19,89%. Nos dois grupos de idosos institucionalizados avaliados por Martins Neto (2000), os índices foram de 13,9% e 11,4%. Na pesquisa de Jorge Junior (1990), a prevalência foi de 4,4%.

No presente estudo, não foram diagnosticados casos de neoplasias malignas. Essa informação vai ao encontro dos achados de Birman, Silveira e Sampaio (1991); Padilha (1997); Martins Neto (2000); Triantos (2005); Jornet e Pérez (2006) e Lynge Pedersen et al. (2015). Entretanto, considerando que o carcinoma espinocelular representa, aproximadamente, 94% de todas as malignidades da boca e possui predileção por homens idosos (NEVILLE et al., 2009), é válido alertar os acadêmicos e profissionais da Odontologia sobre a importância das avaliações estomatológicas periódicas no paciente idoso (MARTINS NETO, 2000; JAINKITTIVONG; ANEKSUK; LANGLAIS, 2002). Nesse sentido, a presença de casos de leucoplasia e de queilite actínica, consideradas lesões potencialmente malignas (NEVILLE et al., 2009), reforça a necessidade da atuação profissional. Assim, evidencia-se a pesquisa de Carvalho et al. (2011), cuja amostra foi de 534 casos diagnosticados, microscopicamente, em indivíduos idosos, onde o carcinoma espinocelular foi a terceira alteração mais prevalente (7,87%).

A região de maior frequência de alterações da mucosa bucal, nas três instituições asilares estudadas, foi o dorso da língua. Esses dados são concordes com os achados de Padilha (1997) e Martins Neto (2000), que também identificaram o destaque da superfície dorsal da língua nos grupos de idosos institucionalizados estudados. Nesse sentido, destaca-se que no referido sítio anatômico foram diagnosticadas as seguintes alterações: língua saburrosa, glossite atrófica, língua pilosa, língua fissurada, língua geográfica e glossite romboidal mediana. Nos grupos AE e LV, o ventre da língua ocupou a segunda posição na classificação das regiões de maiores frequências de alterações. Vale lembrar que as varicosidades sublinguais foram as alterações mais prevalentes nos grupos AE, LV e VI. O ventre da língua também alcançou a segunda posição nas pesquisas de Padilha (1997) e Martins Neto (2000).



Jornet e Pérez (2006) constataram que a língua foi a localização que apresentou o maior número de lesões. No grupo VI, a mucosa jugal ocupou o segundo lugar. A elevada prevalência de grânulos de Fordyce (48,00%), situados principalmente na mucosa jugal, pode justificar o achado. Nos grupos AE e LV, as porcentagens associadas aos grânulos de Fordyce foram de 26,09% e 26,87%, respectivamente. Martins Neto (2000) descreveu que as prevalências das referidas alterações, nos asilos avaliados, foram de 16,3% e 29,5%. O palato duro foi identificado uma única vez no quarto lugar do grupo AE. O diagnóstico de 8 casos (a prevalência foi de 34,78%) de estomatite por dentadura pode ser associado ao destaque do palato duro no Abrigo Espírita Oscar José Pithan (AE), onde a totalidade dos idosos edentados (n=10) usavam prótese removível superior. No grupo LV foram identificados 5 casos (7,46%) e, no grupo VI, apenas 2 casos (8,00%) de estomatite por dentadura. De um modo geral, as alterações que mais acometeram os lábios foram as varicosidades não linguais e as queilites (actínica e angular).

As lesões associadas ao uso de prótese foram listadas de acordo com a classificação utilizada por Padilha (1997). As alterações foram distribuídas entre os usuários de prótese total superior e inferior. Das 29 lesões diagnosticadas, 25 (86,21%) foram em usuários de prótese total. Apenas 3 (10,34%) lesões foram identificadas em pacientes portadores de prótese parcial removível (duas superiores e uma inferior). Uma (3,45%) alteração, hiperplasia fibroepitelial inflamatória, foi observada em indivíduo que não era portador de prótese dentária (cessou o uso de prótese). Portanto, notou-se que as lesões associadas ao uso de prótese foram mais frequentes entre os usuários de prótese total. O referido quadro clínico também foi observado na literatura (MARTINS NETO, 2000). Jornet e Pérez (2006) destacaram que as lesões da mucosa bucal, geralmente, são mais frequentes em idosos portadores de próteses antigas e ou defeituosas. Os achados do presente estudo revelaram que o grupo VI tende a possuir uma média (3,36) de alterações da mucosa bucal por indivíduo superior à média (2,63) do grupo LV. No que se refere aos indivíduos edentados, no grupo LV, 56,41% usavam prótese total (superior e inferior) e 28,21% não eram portadoras de próteses dentárias. No grupo VI, os índices foram de 33,33% e 50,00%, respectivamente. Foi possível verificar que o uso de próteses no grupo LV foi mais prevalente, onde a média de alterações foi menor. Portanto, os dados diferem dos relatos de Jornet e Pérez (2006). Entre os portadores de prótese total superior (n=56), considerando o diagnóstico de 23 alterações, a estomatite por dentadura foi a principal lesão (13 - 56,52%). A estomatite por dentadura, também, foi a mais numerosa nos estudos de Jorge Junior (1990); Padilha (1997); Martins Neto (2000); Triantos (2005); Martell, Forte e Díaz (2007); Mujica, Rivera e Carrero (2008); Ferreira, Magalhães e Moreira (2010) e Lynge Pedersen et al. (2015). Na amostra examinada por Jainkittivong; Aneksuk e Langlais (2002), a estomatite por dentadura foi superada, na análise quantitativa, pela úlcera traumática. A totalidade dos casos de estomatite



por dentadura (n=15), considerando que 2 lesões foram associadas à prótese parcial removível, localizavam-se na mucosa de revestimento da maxila, estando de acordo com os relatos observados na literatura (JORGE JUNIOR, 1990; MARTINS NETO, 2000; NEVILLE et al., 2009).

O diagnóstico de variações da normalidade e lesões na mucosa bucal reforça a importância da avaliação estomatológica dos idosos institucionalizados. A metodologia do exame e os critérios de diagnóstico clínico, de acordo com a literatura consultada, viabilizaram a avaliação dos indivíduos, apesar da ausência de consultório odontológico. A valorização da saúde bucal, no contexto das instituições asilares, eleva a qualidade de vida dos idosos (RIBEIRO; VELOSO; SOUZA, 2012).

A distribuição dos dados não possibilitou a aplicação do teste estatístico visando evidenciar diferenças e ou semelhanças entre os grupos AE, LV e VI, no que se refere às lesões associadas ao uso de prótese entre os idosos portadores de prótese total superior e ou inferior.

6.4 Tempo decorrido da última consulta odontológica

O tempo decorrido da última consulta odontológica foi avaliado através de uma questão elaborada de acordo com os critérios propostos por Mesas, Trelha e Azevedo (2008) e, nas possíveis respostas, foi acrescentada a alternativa “Nunca recebeu atendimento odontológico”. A alternativa foi agregada no sentido de medir a proporção de idosos que nunca visitaram o cirurgião-dentista (CD), conforme o que foi observado na literatura (MATOS; GIATTI; LIMA-COSTA, 2004; MATOS; LIMA-COSTA, 2007). A distribuição dos dados coletados não possibilitou a aplicação do teste estatístico, pois observou-se a ocorrência de uma casela nula no grupo AE, isto é, não foram identificados idosos que nunca receberam o atendimento odontológico. Notou-se, entretanto, que a maioria dos indivíduos, dos grupos AE, LV e VI, visitou o CD há um ano ou mais (60,87%, 82,08% e 88,00%, respectivamente). Os achados coincidem com os relatos de Matos, Giatti e Lima-Costa, (2004) e Matos e Lima-Costa (2007). A desativação dos consultórios nas três instituições pode ter influenciado a situação verificada, considerando que o comportamento dos idosos em visitar menos o profissional pode ser associado, também, à dificuldade de acesso ao atendimento odontológico (MATOS; GIATTI; LIMA-COSTA, 2004; MATOS; LIMA-COSTA, 2007). Os atendimentos viabilizados pelas instituições são externos, ou seja, fora do ambiente da casa asilar. Portanto, a direção dos grupos pesquisados poderia avaliar a possibilidade de reativação dos gabinetes odontológicos. Por outro lado, considerando o caráter filantrópico, é preciso destacar que é compreensível a dificuldade orçamentária, que muitas vezes, bate à porta das instituições geriátricas.

A principal assistência odontológica dos idosos estudados é o serviço público (Prefeitura Municipal de Santa Maria). Nesse contexto, é necessário levar em



consideração a distância entre o asilo e os ambulatórios, os horários e a disponibilidade de atendimento e a demanda do idoso. Camargo, Dumith e Barros (2009) relataram que o uso regular de serviços odontológicos é menor entre os usuários de serviços públicos, e que, entre esses, o uso é menor entre os menos escolarizados e de baixa renda.

As elevadas prevalências de idosos analfabetos e com até 8 anos de estudo (baixa escolaridade) identificadas nos grupos AE (91,30%), LV (91,04%) e VI (80,00%) podem auxiliar a interpretação dos dados. Segundo a literatura, a maior escolaridade pode facilitar a compreensão da importância do uso regular dos serviços odontológicos (MACHADO et al., 2012; FERREIRA; ANTUNES; ANDRADE, 2013). Portanto, o contexto observado na presente pesquisa (predomínio de analfabetos e com baixa instrução) pode ter relação com o menor uso regular de serviços odontológicos.

A maioria dos idosos asilares dos grupos avaliados percebe benefícios previdenciários (benefício de prestação continuada ou aposentadoria) de um salário mínimo. Em alguns casos, relatou-se a existência de descontos (empréstimo consignado), o que resulta num valor líquido ainda menor. Assim, caracterizou-se uma amostra de baixa renda mensal. Tal fato pode restringir a assistência, pois conforme a literatura consultada, as condições desfavoráveis de renda dificultam o acesso dos idosos ao CD (TINÓS; SALES-PERES; RODRIGUES, 2013). O atendimento odontológico do idoso ainda é muito limitado aos que possuem recursos financeiros (SALGADO; MONTENEGRO; MARCHINI, 2013). Destaca-se que os dados relativos à renda mensal não foram coletados formalmente.

No presente estudo, notou-se a ausência de técnicos da área odontológica na equipe de saúde das instituições. Ferreira et al. (2011) descreveram que o CD é um dos profissionais menos frequentes nas referidas equipes.

Levando em consideração a totalidade da amostra entrevistada (n=115), 53,91% (n=62) dos idosos declararam que não recebiam atendimento odontológico há mais de cinco anos ou que nunca foram atendidos pelo CD. A constatação evidenciou que a maioria da amostra estava desassistida no que se refere à prevenção de doenças (cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal), com base nos relatos de Mesas, Trelha e Azevedo (2008). É importante lembrar que fatores prévios à institucionalização podem ter influenciado a questão.

Diante da impossibilidade da aplicação do teste, as respostas foram recategorizadas com base no estudo de Ferreira, Antunes e Andrade (2013). A consulta ao CD no último ano (sim ou não) permitiu uma nova configuração. Logo, os dados tornaram-se mais robustos e viabilizaram o teste estatístico. O novo quadro clínico demonstrou que os idosos do grupo AE consultaram mais o CD, no último ano, quando comparados aos dos grupos LV e VI. No grupo AE, notou-se que dos 10 idosos edentados, 8 (80,00%) usavam prótese total superior e inferior e 2 (20,00%)



eram portadores de prótese (total ou parcial) na maxila. No grupo LV, onde foram identificadas 39 idosas edentadas, 22 (56,41%) usavam prótese total nos dois maxilares. E no grupo VI, dentre os 6 idosos edentados, apenas 2 (33,33%) usavam prótese total superior e inferior. Observou-se, também, que as prevalências de indivíduos edentados que não usavam próteses dentárias foram de 0,00% (AE), 28,21% (LV) e 50,00% (VI). Portanto, as menores necessidades protéticas foram identificadas no grupo AE. O referido achado pode explicar, em parte, a maior proporção (39,13%) de idosos, no grupo AE, que consultaram o CD no último ano. De acordo com Ferreira, Antunes e Andrade (2013), o fato de não apresentar necessidades protéticas também associou-se ao uso recente (intervalo menor ou igual a dois anos) do serviço odontológico. Segundo os autores, as medidas clínicas de saúde bucal associadas às maiores prevalências do uso recente foram aquelas possivelmente relacionadas à presença de sinais e sintomas de desconforto (como o uso de prótese). Nesse sentido, o menor uso do serviço foi associado à acentuada necessidade protética. O tratamento protético praticamente inexistente no serviço público e, nos consultórios particulares, restrito a uma pequena parcela devido ao custo (MATOS; GIATTI; LIMA-COSTA, 2004). A necessidade protética diminui a qualidade de vida considerando a dificuldade de alimentação, tendo em vista que nem todos os alimentos podem ser consumidos resultando em importante restrição dietética (RIBEIRO; VELOSO; SOUZA, 2012). Portanto, os idosos edentados, que não eram portadores de próteses dentárias, podem apresentar um importante risco de desnutrição (ZENTHÖFER et al., 2015; FELTON, 2016).

Considerando aspectos educacionais e financeiros, a ideia de que o uso regular dos serviços odontológicos é importante apenas para os dentados, conforme relatos observados na literatura (FISKE; GELBIER; WATSON, 1990; TINÓS; SALES-PERES; RODRIGUES, 2013), denota, também, deficiências no conhecimento e na orientação sobre saúde bucal. Os idosos, mesmo com poucos ou nenhum dente presente, devem ser conscientizados em relação à importância da continuidade da assistência odontológica (ÜNLÜER; GÖKALP; DOGAN, 2007).

A elevação do uso regular dos serviços odontológicos pode ser atingida pela promoção de iniciativas que aumentem o conhecimento sobre saúde bucal e autocuidado e pelo acesso a serviços destinados à integralidade da atenção (MACHADO et al., 2012).

A possibilidade de viés de resposta pode ser uma limitação da pesquisa. Associa-se a tal fato, que pode atingir qualquer levantamento epidemiológico baseado em dados autorreferidos, idosos que podem ter relatado consultas odontológicas mais recentes, para não transmitir uma ideia de negligência, e dificuldades de memória (BALDANI et al., 2010).



6.5 Uso do álcool

O uso do álcool foi avaliado através da metodologia proposta pelo questionário ou teste CAGE (EWING; ROSE, 1970). No Brasil, a validação do teste foi realizada por Masur e Monteiro (1983). Na presente pesquisa, as questões do CAGE foram precedidas pela pergunta introdutória preconizada por Steinweg e Worth (1993). Segundo os autores, a pergunta não acusatória (não quantifica o consumo de álcool) favorece e otimiza a aplicação do teste, pois foi identificada elevada sensibilidade (porcentagem de alcoolistas corretamente identificados) no grupo que, também, respondeu a pergunta introdutória. O ponto de corte adotado foi igual a 2, isto é, duas ou mais respostas afirmativas caracterizaram o indivíduo que apresenta problemas relacionados ao uso do álcool (AMARAL; MALBERGIER, 2004) ou da síndrome de dependência do álcool (MASUR et al., 1985). O indivíduo CAGE-positivo (duas ou mais respostas afirmativas) também foi considerado como caso suspeito de dependência de álcool (GUIMARÃES et al., 2010). Na literatura consultada, o ponto de corte igual a 2 foi utilizado em outros estudos (LIMA et al., 1999; AMARAL; MALBERGIER, 2004; SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005; MIRANDA et al., 2007; GUIMARÃES et al., 2010; SOUZA et al., 2011; HOECK; VAN HAL, 2013). O ponto de corte igual a 2 é amplamente adotado, pois apresentou melhores índices de sensibilidade (porcentagem de alcoolistas corretamente identificados) e especificidade (porcentagem de não alcoolistas corretamente identificados) (MAYFIELD; MCLEOD; HALL, 1974; MASUR; MONTEIRO, 1983; PAZ FILHO et al., 2001). Vale salientar que, em 2014, as perguntas do teste CAGE foram difundidas pelo Ministério da Saúde, na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014).

O emprego da metodologia (CAGE) caracteriza-se, também, pela sua abrangência. A aplicação do questionário pode ser realizada em indivíduos alcoolistas, não alcoolistas, que em algum momento tomaram bebidas alcoólicas e que nunca usaram álcool. O teste pode ser utilizado em adolescentes, adultos e idosos (LIMA et al., 1999; AMARAL; MALBERGIER, 2004; BEULLENS; AERTGEERTS, 2004; SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005). O CAGE é um teste de rastreamento de problemas relacionados ao uso do álcool ocorridos ao longo da vida (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005; ALPERT, 2014).

Os grupos avaliados (AE, LV e VI) apresentaram, no que se refere ao álcool, uma característica comum: o uso de bebidas alcoólicas era proibido. Entretanto, considerando que o alcoolismo foi um dos principais fatores que motivaram a institucionalização de idosos (IPARDES, 2008) e as consequências orgânicas nocivas do vício (OSLIN, 1998; RUBIN; FARBER, 2002; SCULLY, 2009), no presente estudo, a avaliação clínica do uso do álcool foi considerada pertinente.

No que diz respeito à distribuição dos idosos em relação aos grupos estudados e à negatividade e positividade para o CAGE, notou-se que, no grupo AE, foram



identificados 8 (34,78%) idosos CAGE-positivos. No grupo VI, 13 (52,00%) indivíduos eram suspeitos de dependência de álcool (CAGE-positivos). E, no Lar das Vovozinhas (LV), o que chamou a atenção foi a ausência de casos CAGE-positivos. Considerando a totalidade da amostra (n=115), a prevalência de positividade para o CAGE foi de 18,26% (n=21). As pesquisas consultadas, nenhuma em idosos institucionalizados, revelaram índices de prevalência que variaram entre 4,7% e 35,82% (LIMA et al., 1999; PAZ FILHO et al., 2001; AMARAL; MALBERGIER, 2004; SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005; HOECK; VAN HAL, 2013). Em relação ao sexo, todos os idosos CAGE-positivos, dos grupos AE e VI, eram homens. Esse resultado vai ao encontro dos relatos de Guimarães et al. (2010) que também constataram o predomínio de homens. Guidolin et al. (2016) relataram que o sexo masculino foi a variável mais fortemente associada ao histórico de alcoolismo.

A leitura dos dados associados ao uso do álcool pode sugerir que as instituições asilares, principalmente aquelas que abrigam homens, adotem o CAGE como um teste de rastreamento (triagem) do chamado bebedor-problema (LIMA et al., 1999) ou de possíveis casos de alcoolismo (MASUR et al., 1985). A metodologia é simples, fácil de aplicar (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005; ALPERT, 2014) e econômica (AMARAL; MALBERGIER, 2004). O teste pode ser importante durante o processo de admissão dos idosos. Nesse sentido, a inclusão do CAGE na rotina dos exames ocupacionais foi proposta por Amaral e Malbergier (2004). O teste CAGE, como qualquer outro questionário, não substitui a anamnese detalhada (MASUR et al., 1985).

Considerando que os grupos estudados permitem eventuais saídas dos idosos, desde que devidamente autorizadas e que sejam acompanhados pelos responsáveis, os indivíduos que apresentam problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas merecem especial atenção. Nessas situações, estratégias de prevenção devem ser analisadas objetivando minimizar o risco de reincidência do uso do álcool. O ingresso de um idoso alcoolizado na instituição ocasionaria desagradáveis consequências.

A distribuição dos dados não viabilizou a aplicação do teste estatístico visando demonstrar diferenças e ou semelhanças entre as instituições, no que se refere ao uso do álcool (teste CAGE).

6.6 Uso do fumo

A avaliação clínica do uso do fumo e a classificação das alterações da mucosa bucal associadas e possivelmente associada ao uso do fumo foram baseadas no estudo de Mecklenburg et al. (1992).

Na presente pesquisa, foram considerados fumantes os idosos que fumavam e aqueles que tinham cessado o vício de fumar havia menos de 10 anos, com base no trabalho de Franco et al. (1989). Segundo os autores, o risco relativo (RR) de



carcinogênese bucal de um indivíduo que parou de fumar cigarros industrializados assemelha-se ao RR observado entre os que nunca fumaram, somente após dez anos da cessação. Assim, mesmo após a cessação do vício, o ex-fumante deve ser submetido a uma avaliação estomatológica criteriosa. O parâmetro também foi adotado por Martins Neto (2000). Na análise das pesquisas envolvendo o uso do fumo, é importante verificar a definição do indivíduo fumante. Padilha (1997) considerou fumante o idoso que em algum momento de sua vida usou cigarro ou assemelhados. Para Freitas et al. (2010), fumante foi o indivíduo que, por ocasião da entrevista, estivesse fumando qualquer tipo ou quantidade de tabaco, diariamente, há pelo menos seis meses. O critério utilizado por Zaitune et al. (2012) estabeleceu que fumante foi a pessoa que fuma, no mínimo, um cigarro por dia há pelo menos um mês. Por outro lado, Bazotti et al. (2016) definiram como tabagista o indivíduo que declarou ter tido despesas com tabaco.

Em relação à distribuição dos idosos fumantes entre os grupos estudados, verificou-se que o grupo LV tende a possuir uma proporção menor de fumantes do que os grupos AE e VI. Novamente, merece destaque a proibição ou não do uso do fumo. No Lar da Vovozinhas (LV), onde identificou-se a menor prevalência de fumantes (8,96%), o uso de cigarros ou assemelhados é proibido. Vale destacar que no referido asilo, mesmo com a expressa proibição, uma idosa declarou que fumava. As demais idosas fumantes (n=5) abandonaram o tabagismo há menos de 10 anos. Martins Neto (2000) relatou que no grupo de idosos institucionalizados, que não permitia o uso do tabaco, a prevalência de fumantes foi de 2,3% (n=1). E nenhum idoso fumava. Nos grupos AE e VI, instituições onde o uso do fumo é permitido, verificaram-se prevalências de fumantes iguais a 43,48% (n=10) e 40,00% (n=10), respectivamente. Portanto, notou-se que a norma adotada pelo grupo LV (proibição do uso do fumo), além de ocasionar consequências associadas à menor prevalência de fumantes, é um fator de distinção em relação aos demais grupos. As proporções de idosos institucionalizados fumantes nos estudos de Padilha (1997) e Martins Neto (2000) foram de 50,00% e 63,6%, respectivamente. Vale destacar que as instituições AE e VI não apresentam locais destinados exclusivamente aos usuários de cigarros e ou assemelhados, estando de acordo com o relato de Carvalho et al. (2013). Os autores descreveram que, nesse panorama, os idosos não tabagistas estavam expostos à fumaça emitida dos cigarros usados pelos tabagistas, configurando o tabagismo passivo. A pesquisa de Pinto, Pichon-Riviere e Bardach (2015) associou o tabagismo passivo a uma significativa ocorrência de morbimortalidade. No grupo AE, o uso do fumo é permitido somente em áreas externas. Os idosos do grupo VI fumam em áreas externas e no denominado “Rancho do Chimarrão” (área interna). No estudo de Carvalho et al. (2013), o tabaco era utilizado, também, em espaços internos como dormitórios e banheiros. Além das repercussões orgânicas do tabagismo nos idosos asilares, o risco de incêndio acidental nas instituições deve ser avaliado. As direções dos grupos AE e VI estão alertas em relação aos acidentes com fogo. Entre o grupo



AE e o grupo VI não houve diferenças estatísticas significativas.

No que se refere à distribuição dos indivíduos fumantes e que fumavam, de acordo com o sexo, entre os grupos AE, LV e VI, não foi possível verificar se existem ou não diferenças estatísticas significativas. Observou-se, contudo, que dos 26 fumantes identificados na amostra, 19 (73,08%) pertenciam ao sexo masculino. Dos 13 idosos que fumavam na amostra, 11 (84,62%) eram homens. A maior prevalência tabágica nos homens idosos institucionalizados coincide com os achados de outras pesquisas (PADILHA, 1997; MARTINS NETO, 2000; ÜNLÜER; GÖKALP; DOGAN, 2007; CARVALHO et al., 2010; CARVALHO et al., 2013). O predomínio do sexo masculino, entre idosos fumantes não institucionalizados, também foi verificado nos estudos de Freitas et al. (2010); Zaitune et al. (2012) e Bazotti et al. (2016).

As prevalências dos idosos que fumavam nos grupos AE, LV e VI foram, respectivamente, de 30,43% (n=7), 1,49% (n=1) e 20,00% (n=5). No Lar das Vovozinhas, a proibição do uso do fumo não foi obstáculo para uma idosa. Em conversa informal, a idosa relatou que fuma “escondida” próximo ao portão de acesso à instituição. Além da proibição, a menor prevalência tabágica feminina, conforme abordada no parágrafo anterior, pode ter influenciado a discreta prevalência de idosas que fumavam no grupo LV. A permissão do uso do tabaco, nos grupos AE e VI, possibilitou a avaliação de idosos que fumavam. No grupo AE, onde a prevalência foi de 30,43%, notou-se uma elevada proporção (91,30%) de idosos analfabetos e com até 8 anos de estudo (baixa escolaridade). No grupo VI, 20,00% dos idosos fumavam e 80,00% dos indivíduos eram analfabetos ou possuíam baixa escolaridade. A prevalência do grupo AE (30,43%) ficou próxima daquela notada por Carvalho et al. (2013) que atingiu 25,7%. Do mesmo modo, a prevalência do grupo VI (20,00%) pode ser comparada aos índices de 19,4%, 19,2% e 23% observados na literatura (PADILHA, 1997; ÜNLÜER; GÖKALP; DOGAN, 2007; CARVALHO et al., 2010). Cabe destacar que os estudos, citados anteriormente, foram desenvolvidos em instituições geriátricas. Considerando a totalidade da amostra estudada (n=115), a prevalência de idosos que fumavam foi de 11,30% (n=13). Na amostra de idosos institucionalizados estudada por Gonçalves et al. (2008), o índice atingiu 11,6%. A presença de idosos que fumavam pode ser explicada a partir dos reduzidos níveis de escolaridade dos idosos, pois o vício do tabagismo foi associado ao menor grau de instrução (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007; CARVALHO et al., 2010; CARVALHO et al., 2013). A referida associação também foi relatada em idosos não institucionalizados (SILVA et al., 2009; FREITAS et al., 2010). A baixa condição socioeconômica dos idosos asilares, também, pode esclarecer a prevalência tabágica. Mesmo não sendo dados coletados formalmente, nos grupos AE e VI, a maioria dos idosos percebe benefícios previdenciários de um salário mínimo, indo ao encontro dos relatos de Davim et al. (2004). Carvalho et al. (2013) descreveram que os idosos tabagistas institucionalizados percebiam até um salário mínimo. Nesse sentido, a literatura descreveu que o tabagismo está mais concentrado nos grupos de baixas



escolaridade e renda (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007; SILVA et al., 2009; FREITAS et al., 2010; ZAITUNE et al., 2012; BAZOTTI et al., 2016). As propagandas das indústrias tabageiras, visando a promoção dos derivados do tabaco e o uso do fumo nas classes de baixa renda, representam um sério desafio ao desenvolvimento humano. Nas populações de menores rendimentos, onde uma significativa parcela dos salários deveria ser gasta no consumo de alimentos, as despesas com tabaco podem fazer a diferença entre a alimentação adequada e a má nutrição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). Tabaco e pobreza formam um círculo vicioso difícil de sair (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007).

Levando em consideração a amostra avaliada, a literatura destacou que a institucionalização pode contribuir na perpetuação do vício do tabagismo, tendo em vista o abandono da família, possíveis maus tratos, o acesso limitado aos profissionais da geriatria e gerontologia e a solidão, algumas vezes, enfrentada pelos internos nos asilos (CARVALHO et al., 2010). Por outro lado, convém lembrar que a cessação definitiva do tabagismo pode ser alcançada com a motivação individual associada à análise de fatores hereditários, psicológicos, fisiológicos e ambientais. O abandono do vício resulta da determinação do indivíduo e o apoio recebido (profissional, familiar, social e espiritual) (CARVALHO et al., 2013). O baixo nível de escolaridade e a situação socioeconômica devem ser destacados pelas iniciativas de cessação do tabagismo entre idosos, pois servem como aviso em relação às barreiras que podem ser encontradas nessa parcela populacional (FREITAS et al., 2010).

Dentre os idosos que fumavam ($n=13$), considerando os três grupos, o cigarro de tabaco industrializado com filtro foi a opção de 11 (84,62%) idosos institucionalizados. Desses, 10 utilizavam somente o referido derivado do tabaco. Os dados são concordes com a literatura (MARTINS NETO, 2000; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A análise da quantidade de cigarros consumidos por dia evidenciou que, dos 13 idosos que fumavam, 10 (76,92%) fumavam até 10 cigarros/dia. No que se refere aos grupos AE e VI, nos quais o uso do fumo é permitido, o consumo de até 10 cigarros/dia foi verificado em 75% ($n=9$) dos idosos que fumavam ($n=12$). As avaliações de Padilha (1997) e Martins Neto (2000), também identificaram que a maioria dos idosos asilares consumiam até 10 cigarros/dia. Vale lembrar que a carteira ou maço de cigarros contém 20 unidades. Considerando que a amostra pesquisada apresentou uma baixa renda mensal, pode-se sugerir que o custo de uma carteira constitui-se numa variável que limitou o consumo diário de cigarros (PADILHA, 1997; MARTINS NETO, 2000).

O uso do fumo durante os 7 dias da semana foi uma característica comum entre os grupos AE, LV e VI. Martins Neto (2000) também destacou que no grupo filantrópico de idosos institucionalizados o tabaco era diariamente consumido.



A distribuição das frequências das alterações da mucosa bucal associadas e possivelmente associada ao uso do fumo (MECKLENBURG et al., 1992) entre os idosos fumantes revelou que não foi possível aplicar o teste estatístico devido a ocorrência de caselas nulas (iguais a zero). Mesmo assim, a análise dos números de cada grupo estimula algumas reflexões. A distribuição dos indivíduos fumantes e a aplicação do teste estatístico revelaram que o grupo LV tende a apresentar uma proporção menor de fumantes do que os grupos AE e VI. A referida tendência repercutiu no número de lesões dos grupos AE (n=6), LV (n=1) e VI (n=10). Portanto, na instituição (LV) que proíbe o uso do fumo foi observada apenas uma alteração. No estudo de Martins Neto (2000) foi caracterizado um panorama semelhante, pois no grupo institucionalizado que adotou a proibição não foram diagnosticadas alterações associadas e possivelmente associada ao tabaco. O diagnóstico de casos de leucoplasia (n=2) nos grupos AE e VI representa um alerta, pois são consideradas lesões potencialmente malignas (NEVILLE et al., 2009). Nesse sentido, a avaliação estomatológica, principalmente em tabagistas, deve ser rotineira (AHMADI-MOTAMAYEL et al., 2013). Na amostra estudada, as alterações mais prevalentes foram a língua pilosa (n=6) e a melanose do fumante (n=5). A língua pilosa representa um acúmulo acentuado de ceratina nas papilas filiformes do dorso da língua, conferindo um aspecto semelhante a pelos. Por outro lado, a produção de melanina na mucosa bucal de fumantes pode ser uma reação de proteção contra determinadas substâncias nocivas do tabaco. Assim, a melanose do fumante consiste em pigmentações localizadas na mucosa, principalmente, na gengiva vestibular anterior (NEVILLE et al., 2009). Considerando os danos sistêmicos do uso do fumo (RUBIN; FARBER, 2002; WOLF et al., 2006; NEVILLE et al., 2009; PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015), pode-se sugerir que a proibição de fumar é um regulamento interno que resulta na redução da morbimortalidade relacionada ao tabagismo entre idosos asilares.

A avaliação clínica do edentulismo, das alterações da mucosa bucal e do tempo decorrido da última consulta odontológica devem destacar que a presença do cirurgião-dentista na equipe profissional das instituições geriátricas, promovendo ações preventivas, restauradoras e curativas, eleva a qualidade de vida dos idosos. A identificação de indivíduos suspeitos de dependência de álcool revelou que o teste CAGE pode ser importante no processo de admissão dos idosos. No contexto do uso do fumo, a proibição de fumar nas dependências das instituições asilares merece especial reflexão. Entendimentos e atitudes são necessários para enfrentar o tabagismo. O estudo demonstrou que instituições asilares de mesma natureza (filantrópica) podem, também, evidenciar diferenças.



7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, através da metodologia adotada nesse estudo, foi possível concluir:

- Existem diferenças estatísticas significativas em relação ao edentulismo entre os grupos de idosos institucionalizados. O grupo VI tende a possuir uma proporção menor de edentados do que o grupo LV.
- Existem diferenças estatísticas significativas em relação às alterações da mucosa bucal entre os grupos de idosos institucionalizados. O grupo VI tende a possuir uma média de alterações da mucosa bucal por indivíduo superior à média do grupo LV. Os achados indicaram que as prevalências de fumantes parecem estar associadas ao referido contexto.
- Existem diferenças estatísticas significativas em relação ao tempo decorrido da última consulta odontológica entre os grupos de idosos institucionalizados. Os idosos do grupo AE consultaram mais o cirurgião-dentista, no último ano, quando comparados aos dos grupos LV e VI.
- Existem diferenças estatísticas significativas em relação ao uso do fumo entre os grupos de idosos institucionalizados. O grupo LV tende a possuir uma proporção menor de fumantes do que os grupos AE e VI.

Mesmo não sendo possível aplicar teste de significância, destaca-se a seguinte informação nessas conclusões:

- Não foram diagnosticados idosos suspeitos de dependência de álcool (CAGE-positivos) no grupo LV.



REFERÊNCIAS

- AHMADI-MOTAMAYEL, F. et al. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Male Smokers and Nonsmokers. **Chonnam Med J**, v. 49, p. 65-68, 2013.
- ALMEIDA, A. J. P. S.; RODRIGUES, V. M. C. P. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 06 jan. 2016.
- ALPERT, P. T. Alcohol Abuse in Older Adults: An Invisible Population. **Home Health Care Management & Practice**, v. 26, n. 4, p. 269-272, 2014.
- AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 3, p. 156- 163, 2004.
- BALDANI, M. H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 1, p. 150-162, 2010.
- BAZOTTI, A. et al. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 45-52, 2016.
- BELOTI, A. M. et al. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados em asilos públicos de Maringá-PR. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 1, p. 096-100, 2011.
- BEULLENS, J.; AERTGEERTS, B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. **Ageing & Mental Health**, v. 8, n. 1, p. 76-82, 2004.
- BIRMAN, E. G.; SILVEIRA, F. R. X.; SAMPAIO, M. C. C. A study of oral mucosal lesions in geriatric patients. **Rev Fac Odontol F Z L**, v. 3, n. 1, p. 17-25, 1991.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010. 213p.
- BORGES, C. L. et al. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 381-387, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa 2014**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2015.



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer de boca**. Rio de Janeiro: Editora Engenho e Arte, 2002. 52p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444p.

BURT, B. A.; ISMAIL, A. I.; EKLUND, S. A. Periodontal disease, tooth loss, and oral hygiene among older Americans. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 93-96, 1985.

CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1894-1906, 2009.

CARVALHO, A. A. et al. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.4, p. 1119-1130, 2013.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. M. L. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. **J Bras Pneumol**, v. 36, n. 3, p. 339-346, 2010.

CARVALHO, M. P.; LUCKOW, E. L. T.; SIQUEIRA, F. V. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brazil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2945-2952, 2011.

CARVALHO, M. V. et al. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. **Gerodontology**, v. 28, p. 111-115, 2011.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev Psiq Clín**, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

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

CONNOR, J. Alcohol consumption as a cause of câncer. **Addiction**, v. 111, n. 8, p. 1-7, 2016.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 13, n. especial, p. 1213-1218, 2005.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518-524, 2004.

DEL DUCA, G. F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n.1, p. 147-153, 2012.



DOGAN, B. G.; GÖKALP, S. Tooth loss and edentulism in the Turkish elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 54, p. e162-e166, 2012.

EUSTAQUIO-RAGA, M. V.; MONTIEL-COMPANY, J. M.; ALMERICH-SILLA, J. M. Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain). **Gaceta Sanitaria**, v. 27, n. 2, p. 123-127, 2013.

EWING, J. A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. **JAMA**, v. 252, n. 14, p. 1905- 1907, 1984.

EWING, J. A.; ROUSE, B. A. Identifying the hidden alcoholic. **Program and abstracts of the 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence**, Sydney, Australia, p. 2-6, 1970.

FELTON, D. A. Complete Edentulism and Comorbid Diseases: An Update. **Journal of Prosthodontics**, v. 25, p. 5-20, 2016.

FERNANDES, J. P.; BRANDÃO, V. S. G.; LIMA, A. A. S. Prevalência de Lesões Cancerizáveis Bucais em Indivíduos Portadores de Alcoolismo. **Rev Bras Cancerologia**, v. 54, n. 3, p. 239-244, 2008.

FERREIRA, C. O.; ANTUNES, J. L. F.; ANDRADE, F. B. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 47, supl. 3, p. 90- 97, 2013.

FERREIRA, R. C. et al. Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2322-2333, 2011.

FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; MOREIRA, A. N. Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. **Braz Oral Res**, v. 24, n. 3, p. 296-302, 2010.

FIGUEIREDO, M. A. Z.; YURGEL, L. S.; LORANDI, C. S. Alterações Fisiológicas freqüentemente presentes na Cavidade Bucal do Paciente Idoso. **Revista Odonto Ciência**, n. 10, p. 57-61, 1990.

FISKE, J.; GELBIER, S.; WATSON, R. M. Barriers to dental care in an elderly population resident in an inner city area. **J Dent**, v. 18, p. 236-242, 1990.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 281p. Cap. 5: Risco, p. 110-119.

FRANCO, E. L. et al. Risk factors for oral câncer in Brazil: a case-control study. **Int J Cancer**, v. 43, p. 992-1000, 1989.

FREITAS, E. R. F. S. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 13, n. 2, p. 277-287, 2010.



GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONÇALVES, L. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 938-945, 2008.

GUIDOLIN, B. L. et al. Padrões do uso de álcool em uma amostra de idosos no município de Porto Alegre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 27-35, 2016.

GUIMARÃES, V. V. et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 314-325, 2010.

HARRIS, C. K. et al. Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in South London. **J Oral Pathol Med**, v. 33, n. 5, p. 253-259, 2004.

HOECK, S.; VAN HAL, G. Unhealthy drinking in the Belgian elderly population: prevalence and associated characteristics. **Eur J Public Health**, v. 23, n. 6, p. 1069-1075, 2013.

HOPCRAFT, M. S. et al. Edentulism and dental caries in Victorian nursing homes. **Gerodontology**, v. 29, p. e512-e519, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Disponível em: <<http://www.ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. 2007. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2015.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Instituições de longa permanência para idosos**: caracterização e condições de atendimento. 2008. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/inst_longa_perm_idosos.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.



ISLAS-GRANILLO, H. et al. Edentulism risk indicators among Mexican elders 60-year-old and older. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 53, p. 258-262, 2011.

JAINKITTIVONG, A.; ANEKSUK, V.; LANGLAIS, R. P. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. **Oral Diseases**, v. 8, p. 218-223, 2002.

JORGE JUNIOR, J. **Influência de fatores locais e sistêmicos na presença do gênero Candida na boca de idosos**. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP, 1996. 131p. Tese (Doutorado em Biologia e Patologia Buco-Dental) Faculdade de Odontologia, UNICAMP, 1996.

JORGE JUNIOR, J. **Lesões da mucosa bucal em idosos institucionalizados de Piracicaba**. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP, 1990. 57p. Dissertação (Mestrado em Biologia e Patologia Buco-Dental) Faculdade de Odontologia, UNICAMP, 1990.

JORNET, P. L.; PÉREZ, M. S. Prevalencia de lesiones mucosas em población anciana de La Región de Murcia. **Avances em Odontoestomatología**, v. 22, n. 6, p. 327-334, 2006.

KRAMER, I. R. H. et al. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 8, n. 1, p. 1-26, 1980.

Gerodontology, v. 32, p. 82-89, 2015.

LIMA, C. L. J. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n. 10, p. 6027-6034, 2013.

LIMA, C. T. S. et al. Hipertensão arterial e alcoolismo em trabalhadores de uma refinaria de petróleo. **Rev Panam Salud Publica**, v. 6, n. 3, p. 185-191, 1999.

LYNGE PEDERSEN, A. M. et al. Oral mucosal lesions in older people: relation to salivary secretion, systemic diseases and medications. **Oral Diseases**, v. 21, p. 721-729, 2015.

MACHADO, A. R. **Análise da efetividade do tratamento do tabagismo no sistema único de saúde em Roraima**: fatores preditores de sucesso. Boa Vista: Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da UFRR, 2013. 99p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UFRR, 2013.

MACHADO, L. P. et al. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 526-533, 2012.

MADRUGA, C. S. et al. Tobacco use among the elderly: the first Brazilian National Survey (BNAS). **Aging & Mental Health**, v. 14, n. 6, p. 720-724, 2010.



MARCIAS, A. V. G. **Avaliação das condições de saúde bucal em idosos asilados no município de Campos, RJ**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, 2008. 81p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

MARCUS, P. A. et al. Complete edentulism and denture use for elders in New England. **J Prosthet Dent**, v. 76, n. 3, p. 260-266, 1996.

MARTELL, Y. D.; FORTE, I. C. M.; DÍAZ, J. D. Z. Afecciones de la mucosa oral encontradas em pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. **Rev Cubana de Estomatología**, La Habana, v. 44, n. 3, 2007. Disponível em: <[http://www. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issues&pid=0034-7507&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issues&pid=0034-7507&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MARTINS NETO, M. **Avaliação clínica da saúde bucal e do uso do fumo de três grupos de idosos**. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da PUCRS, 2000. 204p. Tese (Doutorado em Estomatologia Clínica) Faculdade de Odontologia, PUCRS, 2000.

MARTORI, E. et al. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. **J Prosthetic Dent**, v. III, n. 4, p. 273-279, 2014.

MASUR, J. et al. Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE. **J Bras Psiquiatr**, v. 34, n. 1, p. 31-34, 1985.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian J Med Biol Res**, v. 16, p. 215-218, 1983.

MATOS, D. L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M. F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n.5, p. 1290-1297, 2004.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2740-2748, 2007.

MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P. The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. **Am J Psychiatry**, v. 131, n. 10, p. 1121-1123, 1974.

MCGRATH, C.; BEDI, R.; DHAWAN, N. Factors influencing older people’s self reported use of dental services in the UK. **Gerodontology**, v. 16, n. 2, p. 97-102, 1999.

MECKLENBURG, R. E. et al. **Tobacco Effects in the Mouth. A National Cancer Institute and National Institute of Dental Research Guide for Health Professionals**. Washington: NIH Publication, 1992. 28p.



MESAS, A. E.; TRELHA, C. S.; AZEVEDO, M. J. Saúde Bucal de Idosos Restritos ao Domicílio: Estudo Descritivo de uma Demanda Interdisciplinar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 61-75, 2008.

MIRANDA, F. A. N. et al. Predisposição ao uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem da UFRN. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 4, p. 663-669, 2007.

MONTENEGRO, F. L. B.; MARCHINI, L. Uma análise mundial. In: MONTENEGRO, F. L. B.; MARCHINI, L. **Odontogeriatrics: uma visão gerontológica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 338p. cap. 1.1, p. 1-11.

MOREIRA, R. S. **Perda dentária em adultos e idosos no Brasil: a influência de aspectos individuais, contextuais e geográficos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2009. 137p. Tese (Doutorado em Epidemiologia) Faculdade de Saúde Pública, USP, 2009.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 2041-2053, 2011.

MOZAFARI, P. M. et al. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. **Gerodontology**, v. 29, e930-e934, 2012.

MUJICA, V.; RIVERA, H.; CARRERO, M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 13, n. 5, p. E270-E274, 2008.

NEVALAINEN, M. J.; NÄRHI, T. O.; AINAMO, A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. **J Oral Rehabil**, v. 24, n. 5, p. 332-337, 1997.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 972p.

NEWTON, A. V. Denture Sore Mouth. A Possible Aetiology. **Brit Dent J**, v. 112, n. 1, p. 357-360, 1962.

NOVAK, M. J. et al. Tabagismo e Doença Periodontal. In: NEWMAN, M. G. et al. **Carranza, periodontia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1164p. Cap. 26, p. 323-330.

OLIVEIRA, J. B. et al. Alcohol screening instruments in elderly male: a population-based survey in metropolitan São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 1- 6, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2005. 59p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual de Orientação para a**



Comemoração do Dia Mundial sem Tabaco. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2004. 30p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Tabagismo.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OPAS defende padronização de embalagens de cigarro como forma de restringir publicidade.** Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/opas-defende-padronizacao-de-embalagens-de-cigarro-como-forma-de-restringir-publicidade/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

OSLIN, D. Álcool. In: FORCIEA, M. A.; LAVIZZO-MOUREY, R. **Segredos em Geriatria.** Porto Alegre: Artmed, 1998. 328p. Cap.17, p. 103-107.

PADILHA, D. M. P. **A saúde bucal de pacientes idosos. Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros.** Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da PUCRS, 1997. 258p. Tese (Doutorado em Estomatologia Clínica) Faculdade de Odontologia, PUCRS, 1997.

PAZ FILHO, G. J. et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Rev Ass Med Brasil**, v. 47, n. 1, p. 65-69, 2001.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1925-1934, 2006.

PEREIRA, F. M.; BESSE, M. Fatores associados à independência funcional de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Acta Fisiatr**, v. 18, n. 2, p. 66-70, 2011.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia oral: correlações clinicopatológicas.** 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 417p.

REIS, S. C. G. B. et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia- GO, 2003. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 1, p. 67-73, 2005.

RIBEIRO, I. L. A.; VELOSO, H. H. P.; SOUZA, K. C. Caracterização da saúde bucal de idosos em uma instituição beneficente de longa permanência de João Pessoa-PB, Brasil. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 49, n. 3, p. 193-203, 2012.

ROSA, T. S. M.; MORAES, A. B.; SANTOS FILHA, V. A. V. The institutionalized elderly: sociodemographic and clinical-functional profiles related to dizziness. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 82, n. 2, p. 159-169, 2016.

RUBIN, E.; FARBER, J. L. Patologia Ambiental e Nutricional. In: RUBIN, E.; FARBER,



J. L. **Patologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1564p. Cap.8, p. 300-345.

SALGADO, M. C. M.; MONTENEGRO, F. L. B.; MARCHINI, L. Acesso do idoso ao atendimento odontológico no Brasil. In: MONTENEGRO, F. L. B.; MARCHINI, L. **Odontogeriatrics: uma visão gerontológica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 338p. Cap. 3.3, p. 77-83.

SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 392p.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SHERWIN, G. B. et al. The Relationship between Smoking and Periodontal Disease. **New York State Dental Journal**, v. 52, p. 52-57, 2013.

SILVA, B. L. A.; BONINI, J. A.; BRINGEL, F. A. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Araguaína/TO. **Braz J Periodontol**, v. 25, n. 1, p. 07-13, 2015.

SILVA, G. A. et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 48-56, 2009.

SILVA, S. O. et al. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo – RS. **RGO**, v. 56, n. 3, p. 303-308, 2008.

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

SOUZA, D. P. O.; ARECO, K. N.; SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 585-592, 2005.

SOUZA, M. N. M. et al. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, supl.1, p. 38-54, 2011.

STEINWEG, D. L.; WORTH, H. Alcoholism: the keys to the CAGE. **Am J Med**, v. 94, p. 520-523, 1993.

TACCHELLI, D. P. **Utilização do teste CAGE para avaliação de complicações no trans e pós operatório de pacientes submetidos à cirurgia bucal**. São Paulo: Curso de Pós- Graduação do Hospital Heliópolis, 2009. 38p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Curso de Pós-Graduação do Hospital Heliópolis, 2009.

TINÓS, A. M. F. G.; SALES-PERES, S. H. C.; RODRIGUES, L. C. R. Acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal: uma revisão. **RFO**, v. 18, n. 3, p. 351-360, 2013.

TRANTOS, D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. **J Oral Pathol Med**, v. 34, p. 577-582, 2005.



ÜNLÜER, S.; GÖKALP, S.; DOGAN, B. G. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. **Gerodontology**, v. 24, p. 22-29, 2007.

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

VITÓRIO, V. M. et al. Fatores associados ao nível de atividade física entre idosos asilares. **Estud Interdiscipl Envelhec**, v. 17, n. 1, p. 75-89, 2012.

WALBER, L. F. **Estudo comparativo do tratamento da estomatite protética pelo reembasamento ou substituição das próteses totais**. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da PUCRS, 1999. 84p. Dissertação (Mestrado em Prótese Dentária) Faculdade de Odontologia, PUCRS, 1999.

WILSON, J. The aetiology, diagnosis and management of denture stomatitis. **Brit Dent J**, v. 185, n. 8, p. 380-384, 1998.

WOLF, H. F. et al. **Periodontia**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 532p. Patogênese. Reação e recursos de defesa do hospedeiro, p. 39-66.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 583-595, 2012.

ZENTHÖFER, A. et al. Prosthetic Rehabilitation of Edentulism Prevents Malnutrition in Nursing Home Residents. **Int J Prosthodont**, v. 28, n. 2, p. 198-200, 2015.



ANEXOS
ANEXO A – FICHA CLÍNICA

Grupo: () Abrigo Espírita O. J. Pithan () Lar das Vovozinhas () Vila Itagiba

Nome: _____ Sexo: ___ Número: _____

Idade: ___ Estado civil: _____ Cor da pele: _____ Data do exame: _____

Nível de escolaridade: () Analfabeto () Até 8 anos () Maior ou igual a 8 anos

Edentulismo: () Sim () Não

Próteses:

Superior: () Total () Parcial

Inferior: () Total () Parcial

ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL

Região:

MUCOSA

Observações:

1. LÁBIOS (incluindo a pele)

2. MUCOSA LABIAL (incluindo vestíbulo)

Superior

Inferior

3. MUCOSA JUGAL (incluindo vestíbulo)

4. GENGIVA e PROCESSOS ALVEOLARES

5. LÍNGUA

Dorso

Ventre

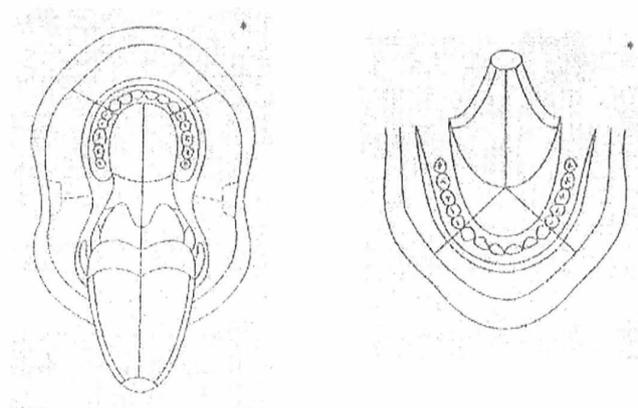
Bordas laterais

6. ASSOALHO BUCAL

7. PALATO

Duro

Mole



* Desenhos esquemáticos propostos por MECKLENBURG e colaboradores (1992).



TEMPO DECORRIDO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Qual o tempo decorrido da sua última consulta odontológica?

- () Menos de 1 ano () De 1 a 5 anos () Mais de 5 anos
() Nunca recebeu atendimento odontológico
-

USO DO ÁLCOOL

Por favor, fale-me sobre o seu hábito de beber?

1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

() SIM () NÃO

2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?

() SIM () NÃO

3. O(a) senhor(a) se sente culpado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?

() SIM () NÃO

4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

() SIM () NÃO

USO DO FUMO**Questionário sobre o uso do fumo:**

1 Você usa fumo de alguma forma? () SIM () NÃO

1.1 Se não, por acaso usou no passado? () SIM () NÃO

1.2 Por quanto tempo? _____ anos _____ meses

1.3 Quanto tempo faz que você parou de usar fumo? _____ anos _____ meses

Perguntas destinadas somente aos idosos cuja resposta para a pergunta número 1 (um), foi sim:

2 Quanto tempo faz que você usa fumo? _____ anos _____ meses

3 Se você usa fumo, qual o tipo e a quantidade?

() Cigarro _____ /dia

() Charuto _____ /dia

() Outros - _____ /dia

4 Quantos dias da semana você usa fumo?

7 6 5 4 3 2 1



ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Estomatologia**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: Avaliação clínica das alterações da mucosa bucal, do uso do álcool, do uso do fumo, do tempo decorrido da última consulta odontológica e do tempo de institucionalização de três grupos de idosos.

Pesquisador responsável: Prof. Marcos Martins Neto

Instituição/Departamento: UFSM/ Departamento de Estomatologia

Telefone para contato: (55) 9965 7510

Locais da coleta de dados: Abrigo Espírita Oscar José Pithan, Associação Amparo Providência Lar das Vovozinhas e Asilo Vila Itagiba – Associação Santamariense de Auxílio aos Necessitados (ASAN).

Prezado(a) Senhor(a): Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao pesquisador responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Objetivo da pesquisa: O objetivo geral é realizar um levantamento das alterações da mucosa bucal, do uso do álcool, do uso do fumo, do tempo decorrido da última consulta odontológica e do tempo de institucionalização de três grupos de idosos institucionalizados (locais da coleta de dados) no município de Santa Maria – RS.

Procedimentos: Caso aceite fazer parte da pesquisa, sua participação constará de uma avaliação clínica (exame intrabucal) que será realizada com o auxílio de iluminação artificial, espátulas descartáveis de madeira, espelho odontológico plano número 5 e sonda exploradora número 5. Feita a avaliação clínica, você vai responder aos questionários sobre o uso do álcool, o uso do fumo, o tempo decorrido da última consulta odontológica e o tempo de institucionalização.

Benefícios: Será propiciada uma avaliação especializada da mucosa bucal do indivíduo. Caso for detectada alguma doença bucal, o indivíduo será encaminhado ao Ambulatório da disciplina de Estomatologia Clínica II do Curso de Odontologia da UFSM. Através desta pesquisa em saúde, os participantes estarão contribuindo para futuras publicações dos resultados e divulgação para a comunidade científica.

Riscos: De acordo com a Resolução 466/2012, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode causar riscos e/ou desconfortos. Serão tomados todos cuidados necessários para garantir o bem estar do paciente. A avaliação da mucosa bucal do indivíduo poderá levar ao constrangimento e desconforto em abrir a boca. Durante a aplicação dos questionários integrantes da ficha clínica e respectivas



Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM – Cidade Universitária – Bairro Camobi, Av. Roraima, n.1000 – CEP: 97.105-900 – Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br Web: www.ufsm.br/cep



