

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA**

Marcos Martins Neto

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

Santa Maria, RS
2016

Marcos Martins Neto

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

Tese acadêmica inédita, como parte dos requisitos para a promoção à Classe E, denominada de **Professor Titular** do quadro permanente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Santa Maria, RS
2016

“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).**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Derocy e Diná.

À Luciany, minha esposa.

À Isabella, minha irmã, e família.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Maria.

Aos colegas e alunos do Departamento de Estomatologia.

Ao Departamento de Patologia, pelas oportunidades proporcionadas ao longo de 21 anos.

Aos colegas de disciplinas Alexandre Dorneles Pistóia, Sílvia Ataíde Pithan, José Mariano da Rocha e Júlio Eduardo do Amaral Zenkner.

À cirurgiã-dentista Michele Mirian May.

Aos colegas Thiago Machado Ardenghi, Luana Severo Alves e Tathiane Larissa Lenzi.

Aos servidores da secretaria do Departamento de Estomatologia.

Aos servidores que atuam no Serviço de Triagem do Curso de Odontologia.

Aos servidores que atuam na Disciplina de Estomatologia Clínica II.

Aos acadêmicos do Curso de Odontologia.

Às instituições Abrigo Espírita Oscar José Pithan, Lar das Vovozinhas e Asilo Vila Itagiba.

Aos idosos institucionalizados.

Aos amigos e colegas que seguem o caminho do bem.

Aos meus familiares que estendem a mão nos momentos difíceis.

A Deus, pela luz.

RESUMO

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

AUTOR: Marcos Martins Neto

O presente estudo, do tipo observacional com caráter analítico de corte transversal, avaliou características bucais, temporais e comportamentais de idosos institucionalizados em três asilos filantrópicos situados em Santa Maria, RS, Brasil. Foram examinados 23 idosos no Abrigo Espírita Oscar José Pithan (AE), 67 idosos no Lar das Vovozinhas (LV) e 25 idosos no Asilo Vila Itagiba (VI). Os dados foram coletados através do exame clínico e aplicação de questionários em relação ao edentulismo, alterações da mucosa bucal, tempo decorrido da última consulta odontológica, uso do álcool e uso do fumo, tentando evidenciar diferenças e ou semelhanças entre os grupos. Observou-se que o grupo VI tende a possuir uma proporção menor de edentados do que o grupo LV. O grupo VI tende a possuir uma média de alterações da mucosa bucal por indivíduo superior à média do grupo LV. Parece que as prevalências de fumantes influenciaram a referida tendência. Os idosos do grupo AE consultaram mais o cirurgião-dentista, no último ano, quando comparados aos dos grupos LV e VI. O grupo LV tende a possuir uma proporção menor de fumantes do que os grupos AE e VI. Não foram diagnosticados idosos suspeitos de dependência de álcool (CAGE-positivo) no grupo LV. A análise dos resultados obtidos permitiu concluir que foram observadas diferenças estatísticas significativas no que se refere ao edentulismo, alterações da mucosa bucal, tempo decorrido da última consulta odontológica e uso do fumo entre os grupos de idosos institucionalizados (AE, LV e VI).

Palavras-chave: Idosos institucionalizados. Saúde bucal. Odontogeriatría.

ABSTRACT

CLINICAL EVALUATION OF ORAL CHARACTERISTICS, TEMPORARY AND BEHAVIORAL IN THREE GROUPS OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE

AUTHOR: MARCOS MARTINS NETO

The present study, observational with analytic character of cross-sectional design evaluated oral characteristics, temporal and behavioral of institutionalized elderly in three philanthropic nursing homes located in Santa Maria, RS, Brazil. Twenty-three elderly people were examined in the “Abrigo Espírita Oscar José Pithan” (AE), 67 seniors in the “Lar das Vovozinhas” (LV) and 25 elderly in the “Asilo Vila Itagiba” (VI). The data were collected through clinical examination and questionnaires, concerning to the number of edentulous subjects, oral mucosal changes, last dental visit, alcohol dependence and tobacco consumption, to show differences, or similarities between the groups. It was observed that group VI trend to have a lower proportion of edentulous than group LV. Group VI trend to have an average higher oral mucosal changes than group LV. It seems that the prevalence of smokers influenced this trend. Elderly group AE consulted more the dentist in the last year, compared to groups LV and VI. Group LV trend to have a lower proportion of smokers than groups AE and VI. Subjects suspected of alcohol dependence (CAGE-positive) were not detected in the group LV. In conclusion, the detected number of edentulous subjects, oral mucosal changes, last dental visit and tobacco consumption were significantly different between the studied groups (AE, LV and VI).

Keywords: Institutionalized elderly. Oral health. Geriatric Dentistry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Abrigo Espírita Oscar José Pithan
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LV	Associação Amparo Providência Lar das Vovozinhas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VI	Asilo Vila Itagiba

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Varicosidades sublinguais (a).....	72
Figura 2 –	Varicosidades sublinguais (b)	72
Figura 3 –	Língua saburrosa	73
Figura 4 –	Grânulos de Fordyce em mucosas retrocomissural e jugal	73
Figura 5 –	Varicosidade não lingual em mucosa jugal.....	74
Figura 6 –	Língua fissurada	74
Figura 7 –	Ceratose friccional em fundo de sulco vestibular posterior inferior	75
Figura 8 –	Queilite angular	75
Figura 9 –	Tórus mandibular (lado direito)	76
Figura 10 –	Tórus mandibular (lado esquerdo)	76
Figura 11 –	Tórus palatino.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015.....	65
Tabela 2 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao sexo. Santa Maria, RS, 2015	65
Tabela 3 – Média de idade dos indivíduos dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015 ..	65
Tabela 4 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao estado civil dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015	66
Tabela 5 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e à cor da pele dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015.....	66
Tabela 6 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao nível de escolaridade dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015	67
Tabela 7 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao edentulismo (total) dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015	67
Tabela 8 – Uso de prótese parcial removível (PPR) e prótese total (PT) superiores e inferiores entre os indivíduos dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015.....	68
Tabela 9 – Média de alterações da mucosa bucal por indivíduo em relação aos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015	68
Tabela 10 – Regiões de maiores frequências de alterações da mucosa bucal, de acordo com os grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015	77
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	78
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	79
Tabela 13 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao tempo decorrido da última consulta odontológica dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015	79
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	80
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, 201580	
Tabela 16 – Distribuição dos indivíduos fumantes entre os grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015	81
Tabela 17 – Distribuição dos indivíduos fumantes, de acordo com o sexo, entre os grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015	81
Tabela 18 – Distribuição dos idosos que fumavam, de acordo com o sexo, entre os componentes dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015	82
Tabela 19 – Quantidade de cigarros consumidos por dia, considerando os idosos que fumavam, entre os componentes dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015	82
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	83

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	23
2.2	EDENTULISMO	26
2.3	ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL.....	31
2.3.1	Exame clínico	31
2.3.2	Critérios de diagnóstico clínico	31
2.3.3	Alterações da mucosa bucal de idosos	32
2.4	TEMPO DECORRIDO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	37
2.5	USO DO ÁLCOOL	42
2.6	USO DO FUMO	49
3	PROPOSIÇÕES	57
4	PACIENTES E MÉTODOS	59
4.1	EDENTULISMO	61
4.2	IDENTIFICAÇÃO DAS PRÓTESES.....	61
4.3	ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL.....	61
4.4	TEMPO DECORRIDO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	62
4.5	USO DO ÁLCOOL	62
4.6	USO DO FUMO	63
5	RESULTADOS	65
6	DISCUSSÃO	85
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	85
6.2	EDENTULISMO	87
6.3	ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL.....	90
6.4	TEMPO DECORRIDO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	98
6.5	USO DO ÁLCOOL	101
6.6	USO DO FUMO	103
7	CONCLUSÕES	109
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
	ANEXOS	121
	ANEXO A – FICHA CLÍNICA	123
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	125

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 a mais importante mudança na população global. Concluiu-se que exames regulares feitos por cirurgiões-dentistas e estomatologistas devem fazer parte dos serviços de geriatria.

A menor frequência de consultas odontológicas entre idosos poderia ser explicada pela dificuldade de acesso ao cirurgião-dentista ou pela autopercepção de não necessidade, associada ao edentulismo. Outra variável que poderia influenciar na menor utilização de serviços odontológicos pelos idosos é a acentuada necessidade protética, cujas possibilidades de tratamento no serviço público são pontuais e nos consultórios privados, devido ao elevado custo, acessíveis a uma reduzida parcela destes indivíduos (MATOS; GIATTI; LIMA-COSTA, 2004).

As pesquisas com instrumentos de detecção do uso do álcool são escassas, principalmente em indivíduos idosos, e estes instrumentos de rastreamento são importantes para a elaboração de políticas e mecanismos de prevenção do alcoolismo (OLIVEIRA et al., 2011). Nesse sentido, o teste CAGE pode ser utilizado, clinicamente, como uma ferramenta de detecção de abuso e dependência de álcool em idosos (BEULLENS; AERTGEERTS, 2004). O teste CAGE é composto por quatro questões (Cut down - diminuir o consumo / Annoyed by criticism - irritado / Guilty - culpado / Eye-opener - identificação de ressaca) (GUIMARÃES et al., 2010).

Madruga et al. (2010) avaliaram dados de 401 idosos, cuja média de idade foi de 68,3 anos, provenientes de um levantamento sobre o consumo de álcool em 143 municípios brasileiros. Foi constatado que 41,7% dos indivíduos eram ex-fumantes e 17,3% fumavam na época das entrevistas. Dentre os idosos que fumavam, 94,3% utilizavam tabaco todos os dias. Verificaram que o uso do fumo foi associado ao sexo masculino e ao abuso do álcool. Destacou-se que apenas 1% dos ex-fumantes receberam apoio para abandonar o vício, reflexo da carência de políticas públicas destinadas aos tabagistas. O estudo evidenciou a urgente necessidade de estratégias que atinjam a cessação do uso do fumo em idosos.

As substâncias nocivas encontradas no álcool e fumo, associadas à condição sistêmica e uso de medicamentos, elevam a ocorrência de internações, piora do quadro clínico, dificuldade de recuperação e interação social do indivíduo idoso (SENGER et al., 2011).

O conjunto de trabalhos apresentado demonstrou a amplitude das pesquisas em pessoas idosas e provoca novas interrogações e propostas. As referidas iniciativas são justificadas, principalmente, pelo crescimento da população idosa no contexto brasileiro e

mundial. Novas investigações podem sensibilizar distintas entidades no sentido de promover ações que viabilizem avanços na qualidade de vida.

A busca de informações auxilia a elaborar condutas e mecanismos que favoreçam as relações ensino-aprendizagem da odontogeriatria e o panorama da institucionalização.

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 que 69,6% (n=16) pertencia 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 ser explicada considerando que, com o avanço da idade, eleva-se o risco associado à ocorrência de um maior número de problemas de saúde, nota-se o aumento da dependência na realização das atividades diárias e do isolamento e solidão.

A amostra de idosos institucionalizados (n=180), avaliada por Gonçalves et al. (2008), também evidenciou o predomínio de indivíduos viúvos (56,7%), seguidos pelos solteiros (25,0%). Os achados ficaram próximos aos obtidos por Almeida e Rodrigues (2008). As proporções de viúvos e solteiros foram de, respectivamente, 62,4% e 25,8%.

Lima et al. (2013) entrevistaram 81 idosos institucionalizados, oriundos de dois asilos, em João Pessoa, PB. O objetivo do estudo foi identificar as características sociodemográficas e clínicas dos internos. Verificaram que 50 (61,7%) idosos eram mulheres. A faixa etária entre 80 a 94 anos foi a mais prevalente (51,9%), seguida pela faixa entre 60 a 79 anos (39,5%). No que se refere ao estado civil, constataram a presença de 37 (46%) idosos solteiros e 29 (36%) viúvos. Em relação ao nível de escolaridade, os autores observaram, principalmente, a presença de 20 (25%) analfabetos, 18 (22,2%) alfabetizados e 13 (16%) idosos com ensino fundamental incompleto. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi o serviço de saúde mais utilizado (56%). Os autores destacaram que a caracterização da amostra pode viabilizar uma assistência qualificada.

No que diz respeito à cor da pele, os leucodermas foram os mais prevalentes, entre idosos institucionalizados, em algumas pesquisas (JORGE JUNIOR, 1990; JORGE JUNIOR, 1996; MARTINS NETO, 2000; CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011; ROSA;MORAES; SANTOS FILHA, 2016). A amostra estudada por Marcias (2008), na cidade de Campos, RJ, dividiu os idosos em pardos (37,5%), brancos (36,1%) e negros (26,4%). A classificação seguiu a declaração dos entrevistados. Em 2012, na Bahia, Brasil, Vitério et al. verificaram que 75% dos idosos asilares eram melanodermas ou pardos. Por outro lado, o estudo de Borges et al. (2015), cuja proposta era descrever as características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados na cidade de Fortaleza/CE, não acrescentou a cor da pele no conjunto de variáveis.

2.2 EDENTULISMO

Com base nos dados de uma amostra de 11.338 adultos norte-americanos, com idades entre 25-74 anos, Burt;Ismail e Eklund(1985) avaliaram a prevalência de doença periodontal, número de dentes presentes e condições de higiene bucal. No grupo de indivíduos com idades entre 65-74 anos, a prevalência do edentulismo foi de 46,1%. O referido índice reflete muitos fatos ocorridos no passado: a prevalência e intensidade de doenças bucais e o acesso ao atendimento odontológico, as condições socioeconômicas (influenciadas negativamente pela depressão econômica dos anos 30 e pela segunda guerra mundial)e a natureza e filosofia do atendimento odontológico. Dentre os idosos, verificaram que o subgrupo que apresentava o maior número de dentes presentes (25-32) era, também, aquele com maior proporção de idosos com curso superior (35,1%). Os achados da pesquisa evidenciaram, claramente, que a perda de dentes nos idosos, devido à doença periodontal destrutiva, não é inevitável e, quando apresentam excelente higiene bucal, a idade não parece ser uma variável independente importante para essa patologia.

Com o objetivo de coletar informações sobre a saúde bucal de idosos não institucionalizados, Marcus et al. (1996) entrevistaram e examinaram 1.156 indivíduos com 70 anos de idade ou mais. A pesquisa foi realizada em New England, Estados Unidos. Foram identificados 424 (36,7%) edentados. A maior prevalência do edentulismo ocorreu na faixa etária mais elevada (85 anos ou mais). Não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres, no que diz respeito ao número de edentados. O edentulismo foi associado negativamente ao nível de escolaridade e ao rendimento anual. Menos de 10% dos idosos com formação universitária eram edentados, enquanto, entre aqueles com até 12 anos de escolaridade, a prevalência superou a marca dos 50%. Verificaram que apenas 15% dos indivíduos,que percebiam mais de US\$30.000,00 por ano, eram edentados. O estudo destacou que os idosos, com maiores recursos financeiros, apresentam melhores condições de acesso ao tratamento odontológico. Os indivíduos que alcançaram níveis de escolaridade superiores, apresentam melhores oportunidades financeiras e priorizam a saúde dental. Segundo os pesquisadores, os cursos de odontologia devem ser incentivados a aperfeiçoar a abordagem educativa no contexto dos cuidados com o paciente idoso.

Padilha (1997) elaborou uma pesquisa em 189 idosos, divididos em dois grupos: 102 brasileiros componentes de um asilo filantrópico em Porto Alegre, RS e 87 ingleses internados em uma unidade hospitalar especializada em atendimento geriátrico em Londres,

Inglaterra. A média de idade dos brasileiros era de 73,6 e dos ingleses de 82,0 anos de idade. Em relação ao edentulismo, a autora constatou índices de 43,1% (brasileiros) e 66,7% (ingleses). A média de dentes por indivíduo, excluídos os edentados, foi igual a 8,5 e 9,9 para brasileiros e ingleses, respectivamente. Padilha destacou que a saúde dentária dos dois grupos poderia ser considerada pobre, principalmente pela elevada prevalência de edentados e pelo expressivo número de dentes cariados, perdidos e restaurados.

Em 1999, Simons;Kidd e Beighton publicaram um estudo sobre a saúde bucal de idosos institucionalizados. Foram examinados 1041 indivíduos, sendo 249 homens e 792 mulheres, oriundos de 48 casas asilares situadas em West Hertfordshire, Inglaterra. A média de idade da amostra foi de 83,9 anos. Verificaram que 598 (57,44%) idosos eram edentados. A presença de placa bacteriana e sangramento gengival foi considerada elevada. A higiene oral precária foi associada significativamente ao diagnóstico de cárie radicular. Durante a pesquisa, os administradores relataram que as instituições não ofereciam aos seus internos um atendimento odontológico regular. O cirurgião-dentista era solicitado somente quando os idosos ou seus familiares queixavam-se de um problema agudo, como dor ou fratura nas dentaduras. Somente 4% dos edentados e 20% dos dentados tiveram assistência odontológica nos últimos dois anos. Segundo os autores, o delicado quadro de saúde bucal pode favorecer o diagnóstico de problemas alimentares, como deficiência de nutrientes e vitamina C. O referido contexto clínico, combinado com a dificuldade de comunicação, pode causar perda de peso, desidratação e debilidade. Destacaram que a desconsideração à boca, uma das áreas mais íntimas do corpo humano, retratava uma situação certamente vergonhosa.

No ano de 2005, Reis et al. avaliaram 289 idosos institucionalizados em Goiânia, GO. O estudo foi desenvolvido em 10 asilos (8 filantrópicos e 2 públicos). As idades variaram entre 60 e 103 anos. Verificaram que, entre os idosos dentados, o diagnóstico de cárie foi observado em 100% dos indivíduos. O edentulismo foi verificado em 200 idosos (69,20%). Destacaram que o elevado grau de edentulismo, demonstrado na pesquisa e no Brasil, revela a falta de políticas dirigidas à população adulta. Os autores concluíram que a saúde bucal dos idosos avaliados é precária, principalmente devido às elevadas prevalências de cárie e edentulismo. Também em 2005, na Grécia, Triantos identificou uma significativa proporção de edentados entre idosos institucionalizados. Após examinar 166 indivíduos, constatou que o edentulismo representou 88,5% da amostra.

A avaliação da saúde bucal e das necessidades terapêuticas de idosos institucionalizados foi o objetivo da pesquisa de Ünlüer;Gökalp e Dogan(2007). Foram examinados, na instituição localizada em Ankara, Turquia, 193 indivíduos. O grupo estava

composto por 94 homens e 99 mulheres, sendo que 31,6% (n=61) eram analfabetos. A proporção de edentados foi de 67,4% (n=130). O exame clínico realizado em 49 internos, considerando o Índice Periodontal Comunitário (IPC), revelou apenas um indivíduo sadio sob o ponto de vista periodontal. Os resultados evidenciaram uma saúde bucal precária. A maioria dos idosos (85%) não possuía escova de dentes. Os autores destacaram que as necessidades de tratamento odontológico (periodontal, restaurador e protético) foram acentuadas. Mesmo com a presença de um cirurgião-dentista, em tempo integral, sua atuação dependia das queixas apresentadas pelos idosos ou cuidadores, isto é, apenas procedimentos curativos. Medidas preventivas deveriam ser disponibilizadas a fim de melhorar a qualidade de vida dos internos. Os idosos, com poucos ou nenhum dente remanescente, devem ser conscientizados no que se refere à necessidade contínua de cuidados. Por outro lado, a capacitação de cirurgiões-dentistas e profissionais que atuam em instituições geriátricas deve ser estimulada. Tendo em vista que as próximas gerações de idosos serão mais orientadas e conscientizadas, no que diz respeito à saúde, haverá uma elevação na demanda pelo atendimento odontológico.

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, sendo que 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 às 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, sendo que 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 à 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.

Moreira;Nico e Tomita (2011) publicaram um estudo realizado em 372 idosos residentes na área urbana de Botucatu, SP. As idades variaram entre 62 e 93 anos. A coleta de dados foi desenvolvida em domicílios residenciais. Foram diagnosticados 235 idosos edentados (63,17%). Os autores relataram que a prevalência do edentulismo parece ser o índice mais apropriado para mensurar a saúde bucal dos idosos, especialmente no que tange à gravidade da cárie dentária.

Em Maringá, PR, Beloti et al. (2011) realizaram um levantamento de dados nos dois asilos públicos do município. O objetivo da pesquisa foi avaliar a saúde bucal de idosos institucionalizados. Foram entrevistados e examinados 82 idosos, sendo que 63% da amostra possuía apenas o ensino fundamental completo ou não, e os demais eram analfabetos. A prevalência de edentados (totais) foi de 57,3% (n=47), sendo que eram na maioria (n=32) homens. Afirmaram que grande parcela das patologias periodontais e uso de próteses inadequadas são originadas pela escassez de programas de saúde destinados aos idosos, pois esses não são prioridade nos serviços públicos. No âmbito das instituições de longa permanência para idosos, as ações de saúde bucal deveriam ser integradas aos programas de saúde geral, contemplando a reabilitação das condições existentes e buscando avanços na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Os achados demonstraram uma realidade

preocupante e reforçam a necessidade de providências específicas de saúde bucal para esse grupo etário. Segundo os autores, o elevado índice de edentulismo verificado no estudo e no Brasil como um todo denuncia a falta de políticas destinadas à população idosa, principalmente de ações de saúde bucal.

Dogan e Gökalp (2012) examinaram 1.545 idosos não institucionalizados na Turquia, com idades entre 65 e 74 anos. O edentulismo foi observado em 741 indivíduos (48,0%). Verificaram que a idade foi uma variável associada à perda de dentes, ou seja, a ocorrência do edentulismo aumentou com a elevação da idade. O grupo de idosos que nunca visitou um cirurgião-dentista evidenciou uma baixa prevalência de edentados (22,2%). Os autores descreveram que as exodontias (ao invés de restaurar dentes cariados) foram métodos comuns de tratamento odontológico nos idosos. Concluíram que a redução do edentulismo pode ser alcançada através da realização de programas comunitários que promovam a saúde bucal.

O estudo de Hopcraft et al. (2012) avaliou 510 idosos oriundos de 31 instituições de longa permanência na Austrália. A avaliação clínica revelou que 46,1% dos indivíduos eram edentados. Os autores identificaram uma tendência de redução na prevalência do edentulismo entre idosos institucionalizados. Destacaram que o declínio nas taxas de edentados ocasiona importantes repercussões na saúde bucal e tratamento dos idosos, pois um maior grupo apresentará mais dentes suscetíveis à cárie e doença periodontal. Recomendaram a valorização dos exames bucais, prévios à admissão, com o objetivo de evitar problemas odontológicos.

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 intra-orais. Os autores sugeriram a utilização de desenhos esquemáticos da mucosa bucal visando otimizar o registro das alterações durante o exame clínico do paciente.

2.3.2 Critérios de diagnóstico clínico

No ano de 1962, Newton, da Universidade de Liverpool, publicou uma classificação das estomatites por dentadura baseando-se nas características clínicas. As lesões foram agrupadas em três tipos. A estomatite por dentadura do tipo I consiste num eritema pontilhado que representa pequenas áreas de reação inflamatória associadas aos orifícios dos ductos excretores das glândulas salivares palatinas. A estomatite por dentadura do tipo II manifesta-se como um processo inflamatório (eritema) difuso, restrito à área chapeável, no qual a superfície da mucosa palatina tem aspecto liso e o menor trauma pode ser suficiente para causar sangramento. O tipo III apresenta um aumento de volume nodular e hiperêmico (hiperplasia papilomatosa) que pode ocupar toda área chapeável, todavia está mais

comumente associado à área central do palato (zonas de alívio ou sucção). Os casos não tratados do tipo I podem evoluir para o tipo II ou III.

Em 2009, Neville et al. publicaram um livro que rapidamente tornou-se um valioso referencial nas áreas da Patologia Bucal e Estomatologia. A obra aborda aspectos clínicos, radiográficos, microscópicos, tratamento e prognóstico de alterações com distintas etiopatogenias.

2.3.3 Alterações da mucosa bucal de idosos

No ano de 1990, Jorge Junior publicou um dos estudos pioneiros em Odontogeriatrics no Brasil. O autor avaliou 270 idosos institucionalizados na cidade de Piracicaba, SP. O objetivo da pesquisa foi determinar a prevalência de lesões da mucosa bucal na amostra. As lesões mais prevalentes, em ordem decrescente, foram: mucosite por prótese (estomatite por dentadura) (20,0%), varizes sublinguais (11,5%), hiperplasia fibrosa inflamatória (9,6%), queilite angular (9,3%) e varizes em outras localizações (7,4%). Dentre as variações da normalidade, destacaram-se as pigmentações melânicas (8,9%), a língua fissurada (7,8%), o leucoedema (3,4%), os grânulos de Fordyce (1,1%) e a língua geográfica (0,4%). As principais lesões associadas ao uso de prótese total foram: mucosite por prótese, hiperplasia fibrosa inflamatória e queilite angular. Concluiu que a mucosite por prótese foi associada ao sexo feminino, à higiene deficiente da prótese e ao uso contínuo da prótese.

Figueiredo; Yurgel e Lorandi (1990) descreveram as alterações fisiológicas e condições clínicas mais comumente diagnosticadas na cavidade bucal do paciente idoso, conseqüências do processo de envelhecimento. Foram abordadas as seguintes alterações: redução da capacidade gustativa, atrofia das papilas filiformes, hipertrofia das papilas foleáceas, varicosidades linguais, grânulos de Fordyce, xerostomia – queimação bucal, queilite angular e glossite rômbica mediana. Segundo os autores, a elaboração do diagnóstico dessas entidades favorece o manejo clínico do paciente, pois não devem ser identificadas e tratadas como uma doença.

Motivados pela escassez de estudos epidemiológicos associados às lesões da mucosa bucal no paciente idoso, Birman; Silveira e Sampaio (1991) estudaram 170 idosos (60 anos de idade ou mais) não institucionalizados que freqüentavam os ambulatórios do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). A maioria dos participantes pertencia ao sexo feminino (n=121). Aproximadamente 50% da amostra encontrava-se entre 70 e 79 anos. As varicosidades, principalmente aquelas localizadas no

ventre da língua, foram as principais alterações (49,41%). A estomatite por dentadura, denominada pelos autores de candidíase eritematosa (sempre associada ao uso de prótese superior), foi observada em 28,24% da amostra. A hiperplasia fibrosa inflamatória (17,06%), grânulos de Fordyce (13,53%), língua fissurada (7,06%) e glossite atrófica (7,06%) também foram destacadas. Não foram diagnosticados casos de tumores malignos.

Jorge Junior (1996) avaliou 160 idosos institucionalizados, com média de idade de 75,33 anos, na região de Piracicaba, SP. Os indivíduos, com 60 anos de idade ou mais, estavam distribuídos entre dois asilos. A amostra foi avaliada, também, em relação às variações da normalidade e lesões da mucosa bucal. Nesse quesito, foram examinados 159 idosos. De acordo com o estudo, as cinco alterações mais prevalentes, em ordem decrescente, foram: varizes linguais (88,7%), língua saburrosa (78,0%), leucoedema (69,8%), língua fissurada (62,3%) e grânulos de Fordyce (56,6%). Dentre as referidas alterações, três estavam situadas na mucosa lingual. O autor relatou que não foram diagnosticados casos ativos de afta.

Padilha (1997) desenvolveu um estudo no âmbito da Odontogeriatrics. Foram examinados 189 idosos, sendo 102 brasileiros e 87 ingleses. Em relação às alterações da mucosa bucal, destacou que as varicosidades sublinguais (55,5% da amostra) e a atrofia das papilas linguais (19,6%) foram as mais prevalentes nos dois grupos. No que diz respeito às lesões associadas ao uso de prótese, a autora focalizou quatro entidades: estomatites por dentadura (as mais prevalentes), hiperplasia da mucosa do rebordo por atrofia alveolar, hiperplasia fibroepitelial inflamatória de rebordo ou sulco vestibular e hiperplasia fibroepitelial por câmara de sucção.

Dentro do contexto das estomatites por dentadura, vale salientar a revisão da literatura publicada por Wilson (1998). De acordo com o autor, a lesão, usualmente assintomática, representa uma condição inflamatória muito comum, que afeta portadores de prótese total. Algumas vezes, pode ser observada em indivíduos portadores de prótese parcial removível superior, entretanto raramente atinge a mucosa de revestimento alveolar inferior. A prevalência, entre usuários de prótese total superior, pode atingir até 50% dos casos. No estudo, foi destacada a classificação proposta por Newton (1962). Os indivíduos, geralmente, admitem o uso contínuo da prótese. Persiste a discussão se a patologia representa uma infecção causada pela *Candida albicans* ou uma resposta tecidual aos microorganismos que colonizam a superfície interna da prótese (NEVILLE et al., 2009). Para Walber (1999), consiste numa doença multifatorial, dependente do trauma, da placa bacteriana e da má higiene, sendo necessária, portanto, a correção de todas as variáveis no manejo terapêutico. O diagnóstico diferencial pode incluir a possibilidade de reação ocasionada pelo desenho

inadequado da prótese (podendo causar uma pressão anormal na mucosa), alergia à base da prótese, polimerização inadequada da resina acrílica (NEVILLE et al., 2009) e eritroplasia (SCULLY, 2009).

Martins Neto (2000) examinou dois grupos de idosos institucionalizados e um grupo de idosos não institucionalizados nas cidades de São Leopoldo, RS e Porto Alegre, RS. No total, foram avaliados 118 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. As quatro alterações da mucosa bucal mais prevalentes em cada grupo, em ordem decrescente, foram: varicosidades sublinguais, língua saburrosa, grânulos de Fordyce e angiomatose senil. Dentre às lesões associadas ao uso de prótese, de acordo com a classificação sugerida por Padilha (1997), observou que, entre os portadores de prótese total superior (n=55), a estomatite por dentadura foi o principal achado clínico.

Jainkittivong; Aneksuk e Langlais (2002) avaliaram 500 idosos tailandeses, com 60 anos de idade ou mais, sendo que 306 pertenciam ao sexo feminino. Os autores identificaram 24 diferentes tipos de alterações da mucosa bucal. As mais comuns foram: varicosidades (59,6% da amostra), língua fissurada (28,0%) e úlcera traumática (15,6%). Dentre as lesões associadas ao uso de prótese, destacaram-se, entre os usuários, a úlcera traumática (22,6%), a estomatite por dentadura (14,3%) e a queilite angular (4,8%). A leucoplasia foi identificada em 24 indivíduos (4,8% da amostra). Foram diagnosticados 3 (0,6%) casos de câncer de boca. Destacaram que embora as alterações da mucosa bucal mais comuns fossem benignas, no estudo foram observados vários casos de lesões pré-malignas e malignas, o que justifica a importância do exame clínico para a detecção das referidas anormalidades na população idosa.

Neville et al. (2009) descreveram que as varicosidades (varizes) são veias, anormalmente, dilatadas e tortuosas. Segundo os autores, a idade pode ser um fator etiológico importante, pois representam alterações raras em crianças e comuns em adultos. O desenvolvimento das varicosidades pode estar vinculado a uma degeneração ligada à idade, considerando a perda do tônus da submucosa que sustenta os vasos sanguíneos, e não tem sido associado à hipertensão sistêmica ou outras doenças cardiorrespiratórias. Durante a palpação, a alteração pode ser macia ou depressível e, o diagnóstico diferencial pode incluir o hemangioma, linfangioma, sarcoma de Kaposi e melanoma (LAZOS; PIEMONTE; PANICO, 2015). Lynge Pedersen et al. (2015) relataram que as varicosidades sublinguais foram associadas significativamente à doença cardiovascular e ingestão de medicamentos que atuam no sistema cardiovascular. Lazos;Piemonte e Panico(2015) destacaram que não há consenso em relação à patogênese, o que justifica a necessidade de estudos que esclareçam a associação

das alterações com doenças sistêmicas. Entretanto, fica claro que a maior incidência ocorre em indivíduos de idade avançada. Para Regezi; Sciubba e Jordan (2008), as varicosidades orais não requerem tratamento, salvo em casos de trauma freqüente ou comprometimento estético.

No ano de 2005, Triantos publicou uma pesquisa em que foram avaliados 166 idosos institucionalizados e 150 idosos não institucionalizados na Grécia. A média de idade da amostra foi de 78 anos e 196 (62%) indivíduos pertenciam ao sexo feminino. A grande maioria dos indivíduos (90%) apresentava, pelo menos, um problema de saúde, sendo que a hipertensão arterial foi a condição mais prevalente (56%). Foram diagnosticados 27 diferentes tipos de alterações da mucosa bucal. As alterações de maior ocorrência foram: estomatite por dentadura (17,2%), boca seca (14,6%), atrofia das papilas linguais (10,5%), língua fissurada (9,8%) e hemangioma (6,8%). Não foram diagnosticados casos de neoplasias malignas. O autor concluiu que a prevalência de alterações bucais foi considerada elevada e, embora grande parte tenham menor relevância e não necessitam de tratamento, requerem atenção clínica e acompanhamento.

Em 2006, Jornet e Pérez publicaram um estudo realizado na região de Múrcia, Espanha, com o objetivo de determinar a prevalência de lesões da mucosa bucal. Foram avaliados, pelo mesmo examinador, 385 idosos com 65 anos de idade ou mais. A amostra era composta por indivíduos institucionalizados ou não institucionalizados. Verificaram que a língua foi a localização que apresentou o maior número de lesões. As lesões mais prevalentes, em ordem decrescente, foram: úlcera traumática, língua geográfica e estomatite por dentadura. Não foram diagnosticados casos de neoplasias malignas ou líquen plano. Os autores destacaram que seria importante a implementação, na população idosa, de campanhas e programas que estimulem hábitos bucais saudáveis e exames periódicos visando a prevenção de lesões.

O estudo de Martell; Forte e Díaz (2007), realizado no município de Limonar, Cuba, avaliou um grupo de 68 idosos independentes, com 60 anos de idade ou mais, sendo que 37 pertenciam ao sexo feminino. A amostra foi composta por indivíduos que apresentavam lesões bucais associadas ao uso de prótese. Relataram que as lesões mais prevalentes, por ordem decrescente, foram: estomatite por dentadura, úlcera traumática e epúlide (hiperplasia fibrosa inflamatória). Os autores concluíram que a maioria das lesões foram diagnosticadas em idosos portadores de prótese mal adaptada e de base em acrílico.

Mujica;Rivera e Carrero(2008) examinaram 340 idosos, sendo que 266 eram institucionalizados e 212 pertenciam ao sexo feminino, com idades entre 60 e 104 anos. A

pesquisa foi desenvolvida na Venezuela e teve como objetivo determinar a prevalência de lesões bucais na amostra. Verificaram que as lesões mais comuns foram: estomatite por dentadura, leucoplasia, hemangioma, mácula melanótica, fibroma, hiperplasia fibrosa inflamatória e queilite angular. Segundo os autores, a saúde bucal é uma importante variável que influencia a qualidade de vida dos idosos.

A pesquisa realizada por Ferreira; Magalhães e Moreira (2010), em Belo Horizonte, MG, avaliou uma amostra de 335 idosos institucionalizados. Os indivíduos tinham mais de 60 anos de idade e 245 pertenciam ao sexo feminino. Foram diagnosticadas 646 alterações da mucosa bucal, sendo que 382 (59,1%) destas alterações foram consideradas variações da normalidade. As varicosidades sublinguais, língua saburrosa e grânulos de Fordyce foram, em ordem decrescente, as alterações mais prevalentes. Dentre as lesões, destacaram-se a estomatite por dentadura e a hiperplasia associada ao uso de prótese. Os autores concluíram que a prevalência de alterações da mucosa bucal foi muito elevada e estava associada ao uso de prótese.

Com o objetivo de avaliar a frequência de lesões bucais, Carvalho et al. (2011) analisaram os arquivos do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco. O período investigado compreendeu entre 1991 e 2008. Foram avaliados 534 casos diagnosticados em pacientes com 60 anos de idade ou mais. As alterações foram classificadas em lesões proliferativas não neoplásicas, neoplasias benignas, neoplasias malignas e lesões potencialmente malignas. O grupo das lesões proliferativas não neoplásicas foi o que apresentou a maior frequência de alterações (66,1%) destacando-se a hiperplasia fibrosa. Dentre as neoplasias, o fibroma e o carcinoma espinocelular foram as mais numerosas. A displasia epitelial foi a lesão potencialmente maligna mais comum. Hiperplasia fibrosa (19,1%), processo inflamatório crônico inespecífico (9,18%), carcinoma espinocelular (7,87%), cisto odontogênico inespecífico (5,99%) e displasia epitelial (5,24%) foram as alterações mais frequentemente diagnosticadas na amostra. Segundo os autores, a ocorrência da hiperplasia fibrosa está significativamente associada ao uso de próteses mal adaptadas. Destacaram que os resultados do estudo poderiam ser úteis para a compreensão da distribuição das doenças bucais em idosos.

A hiperplasia fibrosa induzida por prótese está associada ao traumatismo crônico provocado por prótese mal adaptada. A lesão representa uma resposta reparadora exuberante do tecido conjuntivo fibroso em decorrência da irritação crônica, resultando, clinicamente, em pregas assintomáticas de tecido fibroso circundando a borda da prótese. A excisão cirúrgica é usualmente solicitada (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2008).

Martori et al. (2014) estudaram 84 idosos, sendo 60 institucionalizados e 24 não institucionalizados, com 60 anos de idade ou mais. A pesquisa foi realizada na Catalúnia, Espanha e objetivou identificar fatores de risco relacionados às lesões associadas ao uso de prótese. As três lesões mais prevalentes foram: queilite angular (34%), úlcera traumática (15%) e estomatite por dentadura (14%). Para a queilite angular foram associadas as seguintes variáveis: edentulismo total, idade, candidíase, estabilidade deficiente da dentadura e dimensão vertical reduzida. A reabsorção óssea do rebordo residual foi o fator de risco vinculado à úlcera traumática. De acordo com o estudo, baixo pH salivar, consumo regular de açúcar e o fato de nunca ter fumado foram os fatores de risco para o desenvolvimento da estomatite por dentadura.

2.4 TEMPO DECORRIDO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA

O estudo de Fiske; Gelbier e Watson(1990) avaliou um grupo de 765 idosos residentes em Londres, Inglaterra. A média de idade dos indivíduos foi de 79 anos, sendo que 72% pertenciam ao sexo feminino e 76% eram edentados. Um dos objetivos da pesquisa foi identificar as barreiras que inibem o acesso aos serviços odontológicos. Foram observados os seguintes resultados: 111 (14,5%) idosos foram atendidos pelo dentista no último ano, significativamente mais dentados (23%) do que edentados (12%); dentre os indivíduos que não foram atendidos no último ano, 73% não relataram necessidades (não possuíam dentes ou eram portadores de próteses totais) e 57% da amostra não acreditava na necessidade de atendimento odontológico regular, pois não apresentava dentes naturais. Os autores, por meio de entrevistas, identificaram as seguintes barreiras: a crença de que a prótese total possui duração ilimitada e de que as visitas ao profissional são desnecessárias para edentados; dificuldades de mobilidade; medo; acesso aos serviços de saúde e acesso aos serviços de qualidade satisfatória.

Matos; Giatti e Lima-Costa (2004) utilizaram a base de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, exceto zona rural da região norte. Foram avaliados todos os idosos (idade igual ou maior que sessenta anos), totalizando 28.943 participantes. O objetivo do estudo foi determinar a prevalência e os fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos na população idosa do Brasil. O desfecho foi o tempo decorrido após a última consulta odontológica, obtido através da seguinte pergunta: “Quando foi ao dentista pela última vez?” Conforme a resposta, os idosos foram distribuídos em três grupos: aqueles que visitaram o dentista há menos de um ano,

aqueles que visitaram há um ano ou mais e aqueles que nunca visitaram o dentista. Dentre os indivíduos avaliados, 55,9% eram mulheres. A visita ao dentista há menos de um ano foi declarada por 13,2% da amostra, há um ano ou mais por 80,5% e 6,3% nunca recebeu atendimento odontológico. Observou-se um declínio progressivo da visita ao dentista à medida em que aumentava a idade. Verificaram que as faixas etárias mais elevadas (quando comparadas à de 60-64 anos) e macrorregiões de residência sudeste, nordeste e norte (comparando com a sul) foram significativamente associadas à visita há um ano ou mais. Não foram identificadas associações significativas para escolaridade (4-7, 8-10 e maior ou igual a 11 anos, em comparação a 0-3 anos) e renda domiciliar por pessoa (maior do que 1 salário mínimo, comparado ao rendimento menor ou igual a 0,67 salário mínimo). Os autores relataram que os idosos brasileiros apresentam uma baixa taxa de utilização de serviços odontológicos. O fato de nunca ter recebido atendimento odontológico foi positivamente associado ao sexo masculino. Os autores relataram que quanto maior a idade menor o uso de serviços odontológicos. Destacaram que é necessária a definição de políticas públicas associadas à saúde bucal e destinadas a outras fases da vida, além da infância.

Matos e Lima-Costa (2007) descreveram a frequência do uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros, de acordo com os dados obtidos na PNAD de 1998 e 2003. O desfecho do estudo foi o tempo decorrido após a última consulta odontológica, coletado pela pergunta: “Quando foi ao dentista pela última vez”? Os indivíduos foram distribuídos em três grupos: visitaram o dentista há menos de um ano, visitaram o dentista há um ano ou mais e nunca visitaram o dentista. Foram avaliados 28.943 idosos em 1998 e 35.040 idosos no ano de 2003. A maioria pertencia ao sexo feminino (55,9% em 1998 e 55,5% em 2003). Nas duas pesquisas, menos de 20% dos idosos haviam visitado o dentista há menos de um ano (13,2% em 1998 e 17,4% em 2003). A visita há um ano ou mais predominou: 80,5% (1998) e 76,7% (2003). A proporção dos que nunca receberam atendimento foi de 6,3% (1998) e 5,9% (2003). Relataram que o comportamento dos idosos em visitar menos ou não visitar o profissional pode ser atribuído pela significativa prevalência de perda de dentes naturais entre brasileiros e pela dificuldade de acesso ao atendimento odontológico. Os grupos amostrais mais jovens, de acordo com relatos, apresentam maior taxa de uso de atendimento odontológico, provável reflexo do estilo de vida, atitudes e oportunidades associados aos cuidados com a saúde bucal. Nos dois anos estudados, os idosos do sexo masculino apresentaram maior probabilidade de jamais terem recebido atendimento odontológico. Verificaram também que maior nível de escolaridade, maior renda e assistência por plano privado de saúde são importantes preditores de maior frequência de atendimento

odontológico. Ao final, declaram que as políticas voltadas para a redução dessas desigualdades são urgentes, assegurando a equidade no atendimento odontológico aos idosos, considerando que representam a parcela populacional que mais cresce no Brasil.

No Reino Unido, McGrath; Bedi e Dhawan (1999) relataram que 47% dos idosos pesquisados foram atendidos pelo cirurgião-dentista durante o último ano.

Mesas; Trelha e Azevedo (2008) desenvolveram uma pesquisa no município de Londrina, PR, com o objetivo de analisar a saúde bucal de idosos restritos ao domicílio. A amostra era constituída por 43 indivíduos, sendo que 34 (79,1%) eram do sexo feminino. As idades variavam entre 60 e 86 anos e a média foi de 74,1 anos. Dentre as variáveis estudadas, foi avaliado o tempo (em anos) decorrido do último tratamento odontológico. Durante a entrevista, foram apresentadas as seguintes opções: menos de 1 ano; de 1 a 5 anos e mais de 5 anos. Os resultados revelaram que 79,1% (n=34) dos idosos não receberam atendimento odontológico há mais de 5 anos. Segundo os autores, a referida constatação revelou que a prevenção de doenças bucais (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, sendo que 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), sendo 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).

2.5USO 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. descreveram que o alcoolismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica.

No âmbito da Estomatologia e da Patologia Bucal, Fernandes; Brandão e Lima (2008) investigaram 277 pacientes do sexo masculino, com idades entre 18-72 anos, e usuários de álcool. O objetivo do estudo foi identificar a prevalência de lesões potencialmente malignas na mucosa bucal associadas ao alcoolismo (consumo acima de 60 ml/dia). Até então, segundo os autores, a literatura apresentava apenas o estudo inglês de Harris et al. (2004).

Segundo o tipo de vício, 179 (64,6%) consumiam álcool e cigarro, 81 (29,2%) usavam álcool e drogas ilícitas e 17 (6,1%) utilizavam somente o álcool. Dentre os indivíduos examinados, apenas 11 (3,97%) apresentaram lesões potencialmente malignas (queilite actínica, leucoplasia, eritroplasia e líquen plano, em ordem decrescente de prevalência). No subgrupo que utilizava somente bebidas alcoólicas, não foram diagnosticadas lesões bucais. Considerando que a maioria da amostra fazia uso do álcool e outras drogas, tornou-se

problemático afirmar que as lesões potencialmente malignas estavam diretamente ligadas ao alcoolismo. Em 2009, Neville et al. destacaram que o consumo excessivo de álcool tem sido relacionado ao desenvolvimento do câncer bucal. Entretanto, não é possível concluir se a atuação isolada do álcool pode desencadear a carcinogênese. O álcool não tem sido associado à formação da leucoplasia. Indivíduos que utilizam excessivamente enxaguatórios bucais, com concentração alcoólica acima de 25%, podem apresentar placas acinzentadas na mucosa jugal, entretanto não são consideradas leucoplasias verdadeiras. Segundo os autores, o álcool associado ao tabaco é um fator de risco importante para o surgimento do câncer de boca. As bebidas alcoólicas podem apresentar componentes carcinógenos e pró-carcinógenos, como: nitrosaminas, etanol e contaminantes do uretano (SCULLY, 2009).

Recentemente, o estudo de Connor (2016) provocou repercussão. Foi elaborada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de verificar a ação do álcool como causa do câncer. Foram avaliadas investigações biológicas e epidemiológicas sobre álcool e câncer. A autora destacou, com base nos resultados obtidos e mesmo sem o completo conhecimento dos mecanismos biológicos, que existem fortes evidências epidemiológicas de que o consumo de bebidas alcoólicas provoca câncer de orofaringe, laringe, esôfago, fígado, cólon, reto e mama. Os achados também reforçaram o elevado nível de ceticismo no que diz respeito à proteção do álcool contra doenças cardiovasculares.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, o percentual da população brasileira, com 18 anos de idade ou mais, que costumava ingerir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana foi de 24,0%. Os números variaram entre 18,8% (região norte) e 28,4% (região sul). Entre os idosos (60 anos de idade ou mais), a proporção atingiu 14,2% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A aposentadoria, morte de cônjuge e ou amigos, mudança do estado financeiro, tempo de lazer aumentado, leucoderma, sexo masculino, renda elevada e maior nível de escolaridade são alguns fatores de risco que levam um indivíduo a apresentar problemas associados ao uso do álcool tardiamente ou a reincidir no quadro clínico. Histórias familiares de dependência são menos comuns no alcoolismo de início tardio do que no caso de início precoce (OSLIN, 1998).

Nesse contexto, visando a detecção do alcoolismo, destaca-se o questionário ou teste CAGE. O teste CAGE foi desenvolvido com o objetivo de identificar indivíduos portadores de transtornos decorrentes do uso do álcool (EWING; ROUSE, 1970). Segundo Ewing (1984), as questões do CAGE foram elaboradas a partir de um estudo clínico realizado, em 1968, no North Carolina Memorial Hospital. Posteriormente, em fevereiro de 1970, Ewing e

Rouse apresentaram o teste CAGE, para a comunidade científica, durante o 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence realizado em Sydney, Austrália. A denominação CAGE foi originada a partir das iniciais de quatro perguntas em inglês: cut-down (rasgar), annoyed (aborrecido), guilty (culpado) e eye-opener (abridor de olhos). As quatro perguntas do teste eram as seguintes: 1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?; 2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?; 3. O(a) senhor(a) se sente culpado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? e 4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? A resposta do entrevistado, para cada questão, poderia ser positiva (sim) ou negativa (não). Uma única resposta afirmativa era suficiente, até prova em contrário, para considerar o indivíduo suspeito de alcoolismo. Segundo os autores, o diagnóstico de alcoolismo não seria baseado, exclusivamente, no questionário. Entretanto, o profissional deveria utilizar o teste para definir o nível de suspeição da presença do alcoolismo e, se necessário, ampliar a investigação.

Em 1974, Mayfield; McLeod e Hall proporcionaram uma maior visibilidade ao teste CAGE. Os autores realizaram a primeira validação do referido questionário. O questionário CAGE foi considerado como um novo teste, de rápida e fácil aplicação, para rastreamento do alcoolismo, pareceu ser menos intimidativo para o entrevistado, quando comparado a outros modelos, e viável para grandes grupos amostrais. De acordo com o estudo, a sensibilidade (porcentagem de alcoolistas corretamente identificados) do teste foi impressionante quando o critério, de no mínimo duas respostas afirmativas, identificou o indivíduo como CAGE-positivo, ou seja, com distúrbios de uso de álcool. Em 1984, o próprio Ewing reconheceu esse ponto de corte (de duas ou mais respostas afirmativas) e relatou que diversas pesquisas adotaram o referido parâmetro. Mayfield; McLeod e Hall (1974) destacaram que o teste precisaria ser melhor avaliado em diferentes populações, mas pareceu 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 o tipo de perguntas introdutórias. O estudo foi realizado num centro médico na cidade de Washington, Estados Unidos. A amostra de 43 pacientes alcoolistas foi dividida em dois grupos. Os pacientes do grupo I (n=21) responderam a seguinte pergunta introdutória: “Por favor, fale-me sobre o seu hábito de beber?” As perguntas introdutórias do grupo II (n=22) foram: “Quanto você bebe? Quantas vezes você faz isso?” Na sequência, para os dois grupos, foi aplicado o teste CAGE com ponto de corte de duas ou mais respostas afirmativas para

caracterizar um CAGE-positivo. Verificaram que dos 21 indivíduos do grupo I, 20 foram considerados CAGE-positivos (sensibilidade=95%). Entretanto, no grupo II, dos 22 componentes, apenas 7 foram CAGE-positivos (sensibilidade=32%). Assim, notou-se que a pergunta introdutória “aberta” (não acusatória), utilizada no grupo I, possibilitou uma sensibilidade significativamente maior quando comparada à do grupo II, no qual a pergunta abordou a quantidade e frequência de bebida alcoólica, conferindo um impacto negativo no cenário. Relataram que perguntas associadas a padrões de consumo adicionam, invariavelmente, desconforto no entrevistador e entrevistado e inibem o restante da entrevista. As questões do teste CAGE evitam os pormenores do hábito de beber. Os autores destacaram que as perguntas “abertas”, que não quantificam o consumo de álcool, são peças-chave para a aplicação do teste CAGE.

Paz Filho et al. (2001) desenvolveram um estudo transversal no Pronto-Socorro do Hospital Universitário Cajuru situado em Curitiba, PR. O objetivo foi verificar se o teste CAGE é capaz de identificar pacientes com distúrbios de uso do álcool. Os indivíduos (n=374), com média de idade de 36,9 anos, foram submetidos a uma entrevista constituída pelo questionário CAGE e pelo CIDI (Composite International Diagnostic Interview), sendo o último o padrão-ouro. Os dados associados à prevalência de transtornos decorrentes do uso de álcool, conforme o CAGE e o CIDI foram cruzados, calculando-se assim a sensibilidade e a especificidade do teste CAGE. Os resultados indicaram uma prevalência de 35,82% de transtornos decorrentes do uso do álcool para o CAGE (ponto de corte igual a 2, isto é, duas ou mais respostas afirmativas) e de 15,77% para dependência de álcool segundo o CIDI. Com o referido ponto de corte, os índices de sensibilidade e especificidade foram de 84,74% e 73,33%, respectivamente, o que indica a validade do teste CAGE. Destacaram que o ponto de corte igual a 2 foi o que apresentou melhores sensibilidade e especificidade, pois reduzem a inclusão de falso-positivos e falso-negativos na triagem. No grupo de indivíduos com mais de 60 anos de idade (n=39), a prevalência de casos CAGE-positivos foi de 30,77% (n=12), a sensibilidade foi de 75% e a especificidade igual a 74,28%. Não foram encontradas diferenças significativas nos índices de sensibilidade e especificidade do grupo de idosos quando comparados aos índices da amostra total. Os autores sugeriram que o teste CAGE apresenta viabilidade e pode ser útil para a identificação de pacientes com distúrbios de uso do álcool.

O teste CAGE englobaria indivíduos que se encontram em distintos pontos da sequência da psicopatologia do uso do álcool, constituindo-se num marcador clínico confiável para uso de risco, uso nocivo e dependência, ocorridas ao longo da vida. O CAGE

comportou-se como um bom instrumento de rastreamento, de rápida aplicação, fácil entendimento e não intimidativo (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Tacchelli (2009) estudou 234 pacientes, maiores de 16 anos de idade, com o objetivo de avaliar o uso de bebidas alcoólicas em indivíduos submetidos à cirurgia bucal, associando-o às intercorrências trans e pós-operatórias. Dentre os componentes da amostra, 151 pertenciam ao sexo feminino. Os pacientes foram questionados quanto ao uso de bebida alcoólica (sim ou não, nos últimos 24 meses). Caso a resposta fosse positiva, eram submetidos ao teste CAGE. O ponto de corte foi igual a 2. Os cirurgiões-dentistas foram consultados sobre as intercorrências. Dos 234 participantes, 158 consumiram bebida alcoólica nos últimos 2 anos. Dentre os 158, 24 foram CAGE-positivos (duas ou mais respostas afirmativas). Verificaram que as intercorrências trans-operatórias (agitação, desmaio, hemorragia, sudorese ou tremores) e pós-operatórias (deiscência de sutura, dor, infecção, sangramento continuado, edema ou equimose pronunciados) não foram significativamente associadas ao uso do álcool. A autora destacou que, provavelmente, na amostra não se encontravam bebedores CAGE-positivos portadores de doenças sistêmicas graves capazes de ocasionar alterações trans ou pós-operatórias, possivelmente porque as referidas alterações dependam de outras variáveis que não única e exclusivamente o consumo de bebidas alcoólicas.

Os estudos de Lima et al. (1999); Amaral e Malbergier (2004); Souza;Areco e Silveira Filho (2005); Miranda et al. (2007); Guimarães et al. (2010); Souza et al. (2011) e Hoeck e Van Hal (2013) também adotaram o teste CAGE, com ponto de corte igual a 2 (duas ou mais respostas afirmativas), visando a detecção dos problemas relacionados ao uso do álcool.

O questionário CAGE representa um teste de uso comum pois pode ser utilizado no âmbito dos cuidados primários de saúde. Simples, fácil de aplicar e preciso para identificar um problema relacionado ao uso do álcool, no decorrer da vida do indivíduo (ALPERT, 2014).

A metodologia, proposta pelo teste CAGE, também foi empregada em importante publicação do Ministério da Saúde: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014).

No ano de 2011, Oliveira et al. compararam a eficácia do teste AUDIT (alcohol use disorders identification test), definido como o padrão-ouro, com o CAGE, TWEAK (tolerance, worry, eye-opener, annoyed e cut down) e T-ACE (tolerance, annoyed, cut down e eye-opener), testes mais fáceis e rápidos de aplicar. O estudo transversal, desenvolvido na região metropolitana de São Paulo, SP, teve uma amostra de 169 homens com 60 anos de idade ou mais. Entre os três instrumentos de rastreamento, o TWEAK apresentou melhor

desempenho, entretanto, essa diferença não foi 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-nitrosonornicotina, 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 que o fumo foi 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 que as pessoas expostas

estão mais sujeitas a se tornarem doentes 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 entre outras variáveis. Os autores, também, sugeriram uma metodologia visando o exame clínico do paciente que contemplou a utilização de desenhos esquemáticos. No que diz respeito às alterações da mucosa bucal, associaram ao uso do fumo as seguintes lesões: câncer, leucoplasia, eritroleucoplasia, estomatite nicotínica, melanose do fumante, queimadura labial, leucoedema, leucoplasia por *Candida*, glossite romboidal mediana e língua pilosa. O líquen plano foi listado como uma lesão possivelmente associada ao fumo.

A ação do tabaco nos tecidos periodontais tem grande repercussão na literatura científica. O fumo é considerado um fator de risco importante para doença periodontal: o alcatrão irrita localmente a gengiva; a nicotina (simpaticomimética) diminui o metabolismo dos tecidos periodontais e os derivados da combustão influenciam as reações químicas dos leucócitos polimorfonucleares (WOLF et al., 2006). O tabagismo resulta em drástica elevação de risco de periodontite e aumenta a probabilidade de respostas insuficientes à terapia periodontal. O tratamento não cirúrgico pode ter êxito em tabagistas se uma excelente higiene bucal for atingida. Entretanto, todos os tratamentos cirúrgicos, incluindo a implantodontia, apresentam piores resultados em fumantes. É papel obrigatório do clínico informar os fumantes sobre sua suscetibilidade à destruição periodontal avançada e resposta precária ao tratamento. A referida iniciativa pode despertar o desejo de cessar o uso do fumo (NOVAK et al., 2011). As evidências revelaram que os indivíduos tabagistas vão danificar seus tecidos periodontais e sistema imunológico (SHERWIN et al., 2013).

Ahmadi-Motamayel et al. (2013) compararam a prevalência de lesões da mucosa bucal entre fumantes e não fumantes. A pesquisa foi realizada em Hamadan, Irã. Foram examinados 516 indivíduos do sexo masculino, com média de idade de 29,26 anos, divididos em 258 fumantes e 258 não fumantes saudáveis. O grupo caso fumava, no mínimo, 5 cigarros por dia há pelo menos 5 anos. Nos fumantes, as lesões mais comuns foram: língua saburrosa (100%), gengivite (57,3%), melanose oral (46,5%) e periodontite (42,6%). Vale destacar que foram diagnosticados 7 (2,7%) casos de leucoplasia e 3 (1,1%) de carcinoma espinocelular. No

grupo controle (não fumantes), identificaram as seguintes lesões: língua saburrosa (35,2%), gengivite (32,1%), melanose oral (9,6%), periodontite (5,8%), leucoplasia (0,7%) e nenhum caso de carcinoma espinocelular. A prevalência das lesões foi significativamente mais elevada nos fumantes do que no grupo controle. As alterações mais comuns, nos 2 grupos, foram língua saburrosa e gengivite. O vício do tabagismo, segundo o estudo, pode ser um fator de predisposição para o desenvolvimento de patologias periodontais. Os autores relataram que a mucosa bucal deve ser cuidadosamente examinada, principalmente em tabagistas, considerando o diagnóstico de lesões potencialmente malignas e neoplasias malignas.

Padilha (1997) realizou um estudo sobre o tabagismo em 189 idosos, divididos em dois grupos (102 brasileiros institucionalizados e 87 ingleses não institucionalizados), 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 que a dos homens ingleses, enquanto a prevalência de mulheres brasileiras foi quase cinco vezes menor que a das inglesas. A proporção de brasileiros que ainda fumavam foi três vezes maior 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 Telefônico (VIGITEL), realizado no ano de 2006 nas 26 capitais estaduais brasileiras e no Distrito Federal. Foram entrevistados, pelo VIGITEL, 54.369 adultos (residentes nos domicílios) com 18 anos de idade ou mais. No que tange à associação entre o tabagismo e anos de estudo, ressaltaram que a maior prevalência de fumantes foi notada entre indivíduos de baixa escolaridade, considerando todas as faixas etárias. Segundo os autores, a associação entre o tabagismo e baixo nível de escolaridade ou baixo nível socioeconômico tem sido observada de modo substancial em países com diferentes níveis de desenvolvimento. A análise se torna fundamental para o embasamento de políticas de intervenção capazes de sensibilizar os grupos de pessoas mais vulneráveis e com menor acesso aos serviços de saúde.

A realização de pesquisas sobre o tabagismo em idosos institucionalizados é importante, visando o desenvolvimento de medidas para uma abordagem apropriada. Nesse contexto, Carvalho et al. (2013) avaliaram a prevalência do tabagismo em idosos internados numa ILPI filantrópica situada no Núcleo Bandeirante, Distrito Federal (DF). Na ILPI são acolhidos indivíduos sem rendimento econômico ou recebendo um salário mínimo, que não possuem familiares ou estes não apresentam condições financeiras de mantê-los. Dos 136 idosos institucionalizados, 69 (50,7%) eram homens e 67 (49,3%) mulheres. A média de idade foi de 69,9 anos. Destes, 35 (25,7%) eram fumantes (que fumavam): 31 (22,8%)

homens e 4 (2,9%) mulheres. Notou-se uma diminuição significativa da prevalência de tabagistas nas faixas etárias mais elevadas. Os resultados evidenciaram um aumento significativo de dependência nicotínica à medida que diminuía a escolaridade e aumentavam as freqüências de provável depressão, de motivação para cessação tabágica e de percepção de danos do fumo à saúde. Verificaram menor prevalência tabágica nas mulheres, isto é, apenas 2,9% dos fumantes eram do gênero feminino. Após a identificação dos fumantes, implementou-se o Programa de Controle do Tabagismo, incluindo intervenções educativas, físicas e terapêuticas. Dentre os 35 tabagistas, 6 foram excluídos do estudo devido a óbitos, internações hospitalares e transferências para outras ILPI. Dos 29 restantes, inicialmente 11 (37,9%) concordaram em fazer parte da Campanha de Cessação Tabágica. Ao longo dos 12 meses de acompanhamento, considerando várias desistências, apenas um dos idosos permaneceu sem fumar. Logo, a Campanha atingiu êxito em 9% dos idosos tabagistas institucionalizados (n=11). A provável depressão pode ter sido um obstáculo à Campanha. Os autores destacaram que a maioria das pesquisas envolve a prevalência do tabagismo em idosos não institucionalizados.

Davim et al. (2004) entrevistaram 76 idosos institucionalizados em Natal, RN. Foram pesquisadas três instituições asilares. Os objetivos do estudo foram: caracterizar o idoso asilado e identificar os problemas socioeconômicos, de saúde e as causas da institucionalização. Os recursos financeiros das instituições originaram-se de doações das Secretarias Estadual e Municipal, de pessoas físicas e dos próprios idosos (aposentadorias). As casas asilares foram denominadas A, B e C. 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 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 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 idéias 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 PACIENTES E MÉTODOS

O presente estudo, do tipo observacional com caráter analítico de corte transversal, foi desenvolvido em 115 idosos institucionalizados, divididos da seguinte forma: 23 internos no Abrigo Espírita Oscar José Pithan (AE), 67 internos na Associação Amparo Providência Lar das Vovozinhas (LV) e 25 internos no Asilo Vila Itagiba (VI). As três instituições localizam-se no município de Santa Maria, RS.

O estudo observacional é aquele no qual o pesquisador mede, mas não realiza intervenções. O caráter analítico avalia as associações entre variáveis. O estudo transversal mede a prevalência de determinada característica, portanto, também chamado de estudo de prevalência (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

O Abrigo Espírita Oscar José Pithan é uma instituição filantrópica situada no bairro Chácara das Flores. Fundado em 28 de agosto de 1949, o Abrigo Espírita é administrado por uma diretoria voluntária. Abriga, aproximadamente, 36 idosos. Acolhe indivíduos do sexo masculino e feminino.

A Associação Amparo Providência Lar das Vovozinhas, mais conhecida como Lar das Vovozinhas, é um asilo filantrópico situado no bairro Medianeira. A entidade, fundada em 16 de outubro de 1946, é dirigida por uma diretoria voluntária. Abriga, aproximadamente, 190 idosos (apenas um do sexo masculino). Atualmente, acolhe exclusivamente idosos do sexo feminino.

O Asilo Vila Itagiba, também conhecido como Vila Itagiba, é uma entidade filantrópica localizada no bairro Chácara das Flores. Foi fundado em 07 de dezembro de 1947. A Associação Santamariense de Auxílio aos Necessitados (ASAN), administrada por uma diretoria voluntária, é a mantenedora do Asilo Vila Itagiba. A instituição abriga, aproximadamente, 55 idosos (apenas dois do sexo feminino). Atualmente, acolhe exclusivamente idosos do sexo masculino.

Os três grupos de idosos representam instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) e recebem indivíduos com, no mínimo, 60 anos de idade. Assim, a amostra do estudo foi composta por três grupos de idosos institucionalizados em entidades filantrópicas (AE, LV e VI).

Dentre as primeiras ações do estudo, destacaram-se as visitas às instituições. Nesses encontros foram esclarecidas as características, objetivos e as atividades da pesquisa a serem desenvolvidas em cada grupo. Posteriormente, os presidentes das respectivas ILPIs emitiram o termo de autorização institucional que viabilizou a coleta de dados.

Os diretores e ou funcionários de cada instituição consultaram os idosos sobre a possibilidade de fazer parte da pesquisa. Num segundo momento, os indivíduos manifestaram suas intenções perante a direção do asilo, assistentes sociais e ou corpo de enfermagem.

Os indivíduos participantes da pesquisa ou os diretores das instituições assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi assinado previamente ao preenchimento da ficha clínica e exame clínico.

O projeto da presente pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o número 040596. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 45545115.9.0000.5346 e parecer número 1.149.172.

A pesquisa seguiu os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; residir em asilo filantrópico e apresentar condições cognitivas para compreender os procedimentos da pesquisa. No que diz respeito aos critérios de exclusão, foram observados os seguintes quadros: pacientes não comunicantes, que apresentaram dificuldades de fala, audição e diagnóstico de doenças mentais que dificultam o diálogo; indivíduos com alguma deficiência física que possa impedir o exame bucal e idosos que não aceitaram participar da avaliação e não assinaram o TCLE.

Durante a coleta de dados, o pesquisador teve acesso aos prontuários dos idosos institucionalizados, onde constavam, por exemplo, informações como data de nascimento ou uso de medicamentos.

Os grupos de idosos foram avaliados durante o segundo semestre de 2015. As avaliações foram realizadas nos dias úteis da semana, período da tarde, conforme a disponibilidade de cada instituição.

Primeiramente, foram anotados os dados de identificação do paciente: nome, sexo, idade, estado civil, cor da pele e nível de escolaridade, conforme a ficha clínica. O nível de escolaridade foi avaliado de acordo com os critérios propostos por Pereira e Besse (2011). Na sequência, foi realizado o exame clínico intrabucal, em cadeira comum, cadeira de rodas ou cama, com o auxílio de iluminação artificial (lupa com iluminação para cabeça tipo óculos), espelho odontológico plano número 5, sonda exploradora número 5 e compressas de gaze segundo critérios da Organização Mundial da Saúde - OMS (1997). Os instrumentais foram esterilizados no Setor de Esterilização do Curso de Odontologia da UFSM. Posteriormente, foram avaliadas as questões relativas ao tempo decorrido da última consulta odontológica, uso do álcool e uso do fumo.

As informações coletadas durante a avaliação clínica foram anotadas pelo pesquisador ou ditadas pelo pesquisador e anotadas por um auxiliar na ficha clínica.

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 laterais direita e esquerda e, posteriormente, o ventre lingual.

6. ASSOALHO BUCAL: o paciente foi orientado a colocar a ponta da língua ou ápice lingual no palato, o que permitiu o correto exame do assoalho bucal. Eventuais alterações de coloração, textura e volume foram anotadas.
7. PALATO: o paciente foi orientado a abrir totalmente a boca e inclinar, moderadamente, o pescoço para trás. Abaixava-se a língua com o espelho odontológico e iniciava-se o exame do palato duro e, posteriormente, o do palato mole.

Os critérios de diagnóstico clínico foram baseados na publicação de Neville et al. (2009), com exceção da estomatite por dentadura, na qual foi adotada a classificação sugerida por Newton (1962). As lesões associadas ao uso de prótese foram listadas de acordo com a classificação utilizada por Padilha (1997).

Na ficha clínica, foram adaptados os desenhos esquemáticos apresentados por Mecklenburg et al. (1992) com o objetivo de otimizar o registro das alterações da mucosa bucal.

4.4 TEMPO DECORRIDO DA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA

A referida variável foi medida através da seguinte questão:

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

A questão acima foi elaborada de acordo com os critérios propostos por Mesas; Trelha e Azevedo (2008) e, acrescentada a alternativa “Nunca recebeu atendimento odontológico”.

4.5 USO DO ÁLCOOL

O uso do álcool foi avaliado nos idosos institucionalizados através do questionário CAGE, conforme o proposto por Ewing e Rouse (1970). O questionário CAGE é composto por quatro perguntas. Os indivíduos responderam afirmativa ou negativamente (sim ou não) as quatro perguntas. As questões foram precedidas por uma pergunta introdutória, de acordo

com Steinweg e Worth (1993), objetivando tornar o teste CAGE menos intimidativo. Portanto, o instrumento de avaliação foi apresentado da seguinte forma:

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

O resultado do teste foi considerado positivo (suspeito de ser dependente de álcool) quando o entrevistado respondeu afirmativamente à duas ou mais questões, conforme o preconizado por Mayfield; McLeod e Hall(1974).

4.6 USO DO FUMO

A avaliação do uso do fumo foi baseada no “Questionário sobre o uso do fumo” proposto por Mecklenburg et al. (1992). As perguntas foram as seguintes:

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 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

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)
Médiade idade	73,65 anos ^{AB}	77,88 anos ^A	72,52 anos ^B
Desvio - padrão	10,34	8,01	9,80

*Médias 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 ($p>0,05$).

Tabela 4 – Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao estado civil dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO ESTADO CIVIL	AE		LV		VI	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Solteiro	8	34,78	34	50,75	16	64,00
Casado	2	8,70	4	5,97	2	8,00
Viúvo	9	39,13	25	37,31	3	12,00
Separado / Divorciado	4	17,39	4	5,97	4	16,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

Através do teste qui-quadrado, verificou-se que não houve diferenças estatísticas significativas entre o estado civil dos indivíduos dos três grupos estudados ($p>0,05$).

Tabela 5– Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e à cor da pele dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO COR DA PELE	AE		LV		VI	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Leucoderma	20	86,96	61	91,04	20	80,00
Melanoderma	3	13,04	6	8,96	5	20,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

Através do teste qui-quadrado, verificou-se que não houve diferenças estatísticas significativas entre a cor da pele dos indivíduos dos três grupos estudados ($p>0,05$).

Tabela 6– Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao nível de escolaridade dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO ESCOLARIDADE	AE		LV		VI	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Analfabeto	6	26,09	25	37,31	8	32,00
Até 8 anos	15	65,21	36	53,73	12	48,00
Maior ou igual a 8 anos	2	8,70	6	8,96	5	20,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

Através do teste qui-quadrado, verificou-se que não houve diferenças estatísticas significativas entre o nível de escolaridade dos indivíduos dos três grupos estudados ($p>0,05$).

Tabela 7– Distribuição da amostra em relação aos grupos estudados e ao edentulismo (total) dos indivíduos. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO EDENTULISMO	AE		LV		VI	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	10	43,48	39	58,21	6	24,00
Não	13	56,52	28	41,79	19	76,00
TOTAL	23	100,00	67	100,00	25	100,00

Através do teste qui-quadrado, verificou-se que o grupo VI tende a possuir uma proporção menor de edentados do que o grupo LV ($p=0,01$). Entre o grupo AE e as outras instituições não houve diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

No grupo AE, dos 10 idosos edentados, 8 (80,00%) usavam prótese total superior e inferior. Um (10,00%) indivíduo edentado usava, somente, prótese total superior e, o outro (10,00%), usava prótese parcial removível superior.

Das 39 idosas edentadas do grupo LV, 22 (56,41%) usavam prótese total superior e inferior. Onze (28,21%) idosas não usavam próteses dentárias e, 6 (15,38%) eram portadoras, somente, de prótese total superior.

No grupo VI, dos 6 indivíduos edentados, 3 (50,00%) não utilizavam próteses dentárias. Dois (33,33%) usavam prótese total superior e inferior e, apenas 1 (16,67%) era portador, somente, de prótese total superior.

Tabela 8– Uso de prótese parcial removível (PPR) e prótese total (PT) superiores e inferiores entre os indivíduos dos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO \ PRÓTESE	AE (n = 23)		LV (n = 67)		VI (n = 25)	
	f	%	f	%	f	%
PPR SUPERIOR						
Sim	3	13,04	4	5,97	4	16,00
Não	20	86,96	63	94,03	21	84,00
PPR INFERIOR						
Sim	5	21,74	7	10,45	3	12,00
Não	18	78,26	60	89,55	22	88,00
PT SUPERIOR						
Sim	17	73,91	36	53,73	3	12,00
Não	6	26,09	31	46,27	22	88,00
PT INFERIOR						
Sim	8	34,78	22	32,84	2	8,00
Não	15	65,22	45	67,16	23	92,00

Tabela 9– Média de alterações da mucosa bucal por indivíduo em relação aos grupos estudados. Santa Maria, RS, 2015

GRUPO \ MÉDIA	AE (n = 23)	LV (n = 67)	VI (n = 25)
Média	3,26 ^{AB}	2,63 ^A	3,36 ^B
Desvio - padrão	1,01	1,10	1,11

*Médias seguidas de mesma letra não diferem entre si.

Através da análise de variância (ANOVA), verificou-se que o grupo VI tende a possuir uma média de alterações da mucosa bucal por indivíduo superior à média do grupo LV ($p=0,01$). Entre o grupo AE e as outras instituições não houve diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

Nos três grupos avaliados, os números mínimo e máximo de alterações da mucosa bucal por indivíduo foram 1 e 5, respectivamente.

Alterações da mucosa bucal*, com base nos critérios clínicos propostos por Neville et al. (2009), Newton (1962) e a classificação das lesões associadas ao uso de prótese utilizada por Padilha (1997).

*Distribuição por ordem decrescente de frequência (número de casos observados – prevalência no grupo).

Abrigo Espírita Oscar José Pithan (AE)

- 1 Varicosidades sublinguais (16 – 69,57%)
 - 2 Língua saburrosa (14 – 60,87%)
 - 3 Grânulos de Fordyce (6 – 26,09%)
 - 4 Varicosidades não linguais (5 – 21,74%)
 - 5 Glossite atrófica (4 – 17,39%)
 - 6 Estomatite por dentadura difusa (II) (4 – 17,39%)
 - 7 Estomatite por dentadura pontilhada (I) (3 – 13,04%)
 - 8 Pigmentação melânica racial (fisiológica) (3 – 13,04%)
 - 9 Ceratose friccional (2 – 8,70%)
 - 10 Hiperplasia da mucosa do rebordo por atrofia alveolar (2 – 8,70%)
 - 11 Hiperplasia fibroepitelial inflamatória (2 – 8,70%)
 - 12 Língua pilosa (2 – 8,70%)
 - 13 Melanose do fumante (2 – 8,70%)
 - 14 Estomatite por dentadura papilomatosa (III) (1 – 4,35%)
 - 15 Leucoedema (1 – 4,35%)
 - 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)

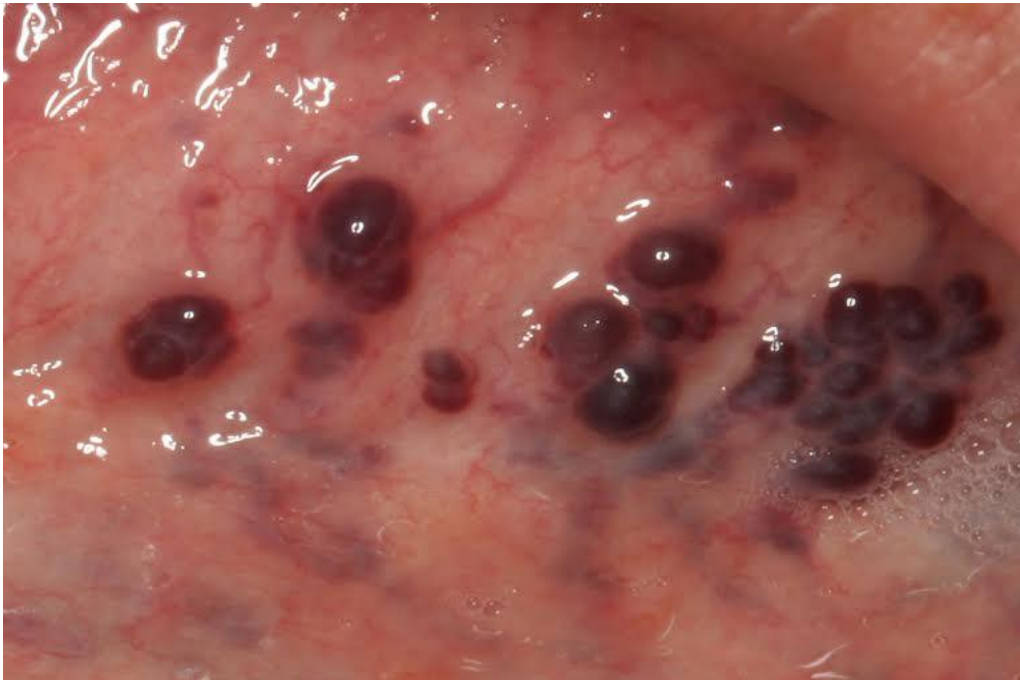
- 1 Varicosidades sublinguais (18 – 72,00%)
 - 2 Língua saburrosa (16 – 64,00%)
 - 3 Grânulos de Fordyce (12 – 48,00%)
 - 4 Varicosidades não linguais (4 – 16,00%)
 - 5 Glossite atrófica (4 – 16,00%)
 - 6 Leucoedema (3 – 12,00%)
 - 7 Língua fissurada (3 – 12,00%)
 - 8 Língua pilosa (3 – 12,00%)
 - 9 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	Gengiva e processos alveolares	Gengiva 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	22,22	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 dentadurapapilomatosa (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)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
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	0,00

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	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
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	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
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	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
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	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
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 labial	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Leucoedema	1	16,67	0	0,00	3	30,00
Leucoplasia por <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 mistas. 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 Odontogeriatrics, 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 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 conseqüências 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 (TRIANOTOS, 2005).

As variações da normalidade diagnosticadas, nos grupos avaliados, foram: varicosidades sublinguais, língua saburrosa, 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 que a etiologia dos tórus é, 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, 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) identificou 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); Jainkittivong; 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; JAINKITTIVONG; 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 ambulatorios, 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 idéia 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 idéia 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 conseqüências 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 conseqüências.

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).

6.6USO 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 semelhantes 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 conseqüências 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 semelhantes, 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 BIBLIOGRÁFICAS

- 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. **Aging & 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://bvsmms.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.; ALMERICHE-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/estatística/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.

LAZOS, J. P.; PIEMONTE, E. D.; PANICO, R. L. Oral varix: a review. **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. 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. **Odontogeriatría: 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. **Odontogeriatría: 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.

TRIANOTOS, 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

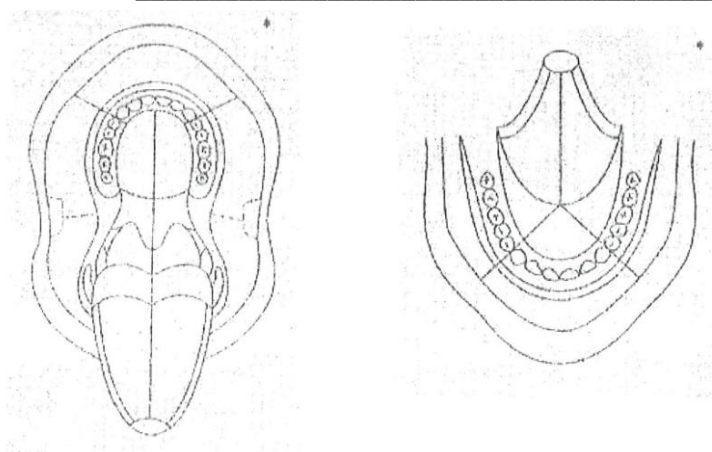
ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL

MUCOSA

Região:

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 respostas, poderá ocorrer risco de constrangimento, com posterior risco de dano emocional. Fica assegurado ao indivíduo o direito de se recusar a responder as perguntas que cause constrangimento de qualquer natureza. A participação na presente pesquisa não interfere em qualquer tipo de tratamento médico que porventura o indivíduo esteja sendo submetido.

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

Sigilo: Todas as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados do estudo forem divulgados em qualquer forma. Os resultados do estudo estarão à disposição de todos os participantes quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com os pesquisadores por um período de 5 anos, e após esse tempo serão adequadamente destruídos.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa **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**, como sujeito. Fui suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa **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**. Eu discuti com o Prof. Marcos Martins Neto sobre a minha decisão em participar nessa pesquisa. Ficam claros para mim quais são os propósitos do trabalho, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, benefícios, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do paciente

Nome

Santa Maria - RS, __de _____de 20__.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura – Marcos Martins Neto

Santa Maria - RS, __de _____de 20__.