

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA / EPIDEMIOLOGIA

**SAÚDE BUCAL EM IDOSOS RESIDENTES EM
UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ:
EPIDEMIOLOGIA, CUIDADOS E PRÁTICAS**

Luciene Ribeiro Gaião

Fortaleza

2005

Luciene Ribeiro Gaião

**SAÚDE BUCAL EM IDOSOS RESIDENTES EM
UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ:
EPIDEMIOLOGIA, CUIDADOS E PRÁTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública / Epidemiologia, do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública / Epidemiologia.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Eneide Leitão de Almeida

Co-orientador:

Prof. Dr. Jorg Heukelbach

FORTALEZA-CE

2005

G131s Gaião, Luciene Ribeiro

Saúde bucal em idosos residentes em uma instituição filantrópica no Município de Fortaleza, Ceará: epidemiologia, cuidados e práticas/ Luciene Ribeiro Gaião. – Fortaleza, 2005. 126 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Eneide Leitão de Almeida.
Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós -Graduação em Saúde Pública/Epidemiologia.

1. Saúde bucal-epidemiologia. 2. Idoso. 3. Asilo para idosos.I.
Título.

CDD 614.4

Luciene Ribeiro Gaião

**SAÚDE BUCAL EM IDOSOS RESIDENTES EM
UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ:
EPIDEMIOLOGIA, CUIDADOS E PRÁTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública / Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

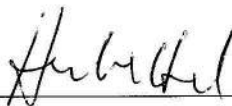
Data da aprovação: 22 / 09 /2005.

Banca Examinadora:



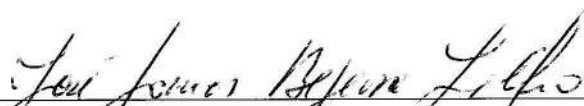
Prof.^a Dr.^a Maria Eneide Leitão de Almeida -UFC

(Orientadora)



Prof. Dr. Jorg Heukelbach - UFC

(Co-orientador)



Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho - UFC

Aos meus pais, Luís e Lenilma, pelo apoio, amor e encorajamento, a mim dedicados em mais uma etapa da minha jornada discente.

Ao meu marido, Prado, pela sua paciência, incentivo e, acima de tudo, companheirismo nos momentos de incertezas e angústias presentes no decorrer do meu aprendizado.

Em especial, ao meu filho amado Luciano que, mesmo distante, é o meu grande impulsionador e minha inspiração na busca do meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela força e luz espirituais derramadas ao longo da minha vida.

Aos **professores do curso de Mestrado**, pelo enriquecimento intelectual transmitido.

Aos Professores Doutores **Maria Eneide Leitão de Almeida** e **Jorg Heukelbach**, pela dedicação e orientação prestadas à produção deste estudo.

Aos colegas mestrandos (**Neuma, Francielze, Marco Antônio, Josué, João Marcos, Lincoln, Joedna, Luciano, Perpétua**), pela parceria, solidariedade e amizade permanentes no nosso processo de aprendizagem.

À **Direção da Instituição Lar Torres de Melo** e a **toda equipe profissional**, pela autorização e colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos **idosos institucionalizados**, pelo carisma, participação e contribuição na coleta de dados deste trabalho.

A **Zenaide** e **Dominick**, pelo profissionalismo, disponibilidade e solicitude marcantes no secretariado.

Às bibliotecárias da Universidade Federal do Ceará, **Norma** e **Rosane**, pela colaboração na estruturação das referências bibliográficas e catalogação da Dissertação.

Ao **Dr. Luíz Odorico Monteiro de Andrade**, pela compreensão e liberação do serviço para a realização do meu sonho.

À amiga **Cici**, pela alegria, força e apoio prestados nos momentos críticos de adaptação de uma fase da minha vida.

À amiga **Heliâmara**, pela confiança e reconhecimento do meu trabalho prestado à comunidade do PSF do bairro Dom Expedito – Sobral – CE, permitindo o meu retorno à vida profissional em um momento de conflitos de interesse ali gerados.

“Um homem não está velho até que comece a lastimar em vez de
sonhar.”

John Barrymore

RESUMO

No Brasil, a população de idosos está em crescimento contínuo, causando um aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos. Porém, estudos no Nordeste brasileiro sobre a saúde bucal em idosos institucionalizados são praticamente inexistentes. Este estudo teve como objetivo analisar as condições de saúde bucal em idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo no Município de Fortaleza / CE, Brasil. Foi realizado um estudo transversal com 160 indivíduos (95,2% da população-alvo), consistindo de consulta aos prontuários, aplicação de um questionário estruturado pré-testado e exame bucal. Na análise estatística, foram utilizados testes T, Kruskal-Wallis e regressão linear múltipla. A idade média foi de 76,6 anos. O índice CPO-D (29,73) dos idosos asilados foi elevado. O componente dente perdido apresentou o maior valor (28,42); 109 (68,1%) idosos não possuíam nenhum dente hígido; 93 (58,1%) eram totalmente desdentados e 56 (35,0%) apresentavam dentes com raízes expostas. Dos 573 dentes presentes, 256 (44,6%) necessitavam de algum tipo de tratamento, sendo 194 (75,8%) para extração dentária. Dos idosos, 112 (70%) não faziam uso de prótese superior e 130 (81,3%) de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese, 135 (84,4%) necessitavam de algum tipo de prótese superior e 142 (88,7%) de prótese inferior. A maioria dos sextantes examinados (83,8%) apresentava cálculo dentário. Sobre os cuidados e práticas em saúde bucal, apenas 17 idosos (10,6%) não faziam higiene oral. Poucos idosos tinham visitado o dentista nos últimos três meses. A extração dentária predominou como o motivo da última visita ao dentista. Idade, instrução educacional e higiene oral apresentaram significância ($p < 0,05$) para o CPO-D médio na regressão linear múltipla. Os dados mostram que a maioria dos idosos apresenta saúde bucal precária. Assim, são indispensáveis intervenções focalizadas nessas populações, como educação em saúde e tratamento precoce.

Palavras-chaves: Saúde Bucal-epidemiologia. Idoso. Asilo para idosos.

ABSTRACT

In Brazil, the elderly population has been growing continuously, leading to a higher demand for long-term institutions for the elderly. In spite of that, studies on the oral health of institutionalized elderly in northeast Brazil are virtually non-existent. The objective of the present study was to analyze the oral health conditions in institutionalized elderly of 65 year-olds or older in a nursing home in the city of Fortaleza / CE, Brazil. A cross-sectional study was conducted with 160 individuals (95.2% of the target population), consisting of the analysis of patient records, application of a questionnaire and oral examination. In statistic analysis, T-Student, Kruskal-Wallis and multiple linear regression tests were performed. Their mean age was 76.6 years. The DMFT index (29.73) was high. Lost teeth represented the highest proportion (28.42); 109 (68.1%) elderly did not have any healthy teeth; 93 (58.1%) were total edentates and 56 (35.0%) had teeth with exposed roots. Of 573 teeth present in total, 256 (44.6%) required some kind of treatment, and 194 (75.8%) of them dental extraction. Of the study population, 112 (70%) did not use any upper prosthesis, and 130 (81.3%) did not use any lower prosthesis. The need of an upper prosthesis was detected in 135 elderly (84.4%) and of a lower prosthesis in 142 (88.7%). The majority of sextants examined (83.8%) had dental calculus. About practices and care in oral health, only 17 individuals (10.6%) did not clean their mouth. Few elderly had visited the dentist at last three months. The dental extraction predominated as the reason at last time of going to dentist. Age, educational level and oral hygiene entered in the multiple linear regression. These data show that most of the elderly had poor oral health. Interventional measures focused on these populations, such as health education and preventive treatment, are, therefore, necessary.

Key Words: Oral Health – Epidemiology. Elderly. Nursing homes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis socioeconômicas e demográficas.....	51
Tabela 2. Variáveis dos cuidados e práticas em saúde bucal.....	52
Tabela 3. Variáveis do exame clínico bucal.....	53
Tabela 4. Códigos para cárie dentária adaptados para o estudo.....	56
Tabela 5. Resumo dos códigos para necessidade de tratamento utilizados no estudo.....	60
Tabela 6. Códigos utilizados no Índice Periodontal Comunitário (CPI)	65
Tabela 7. Códigos para o uso de prótese utilizados no estudo.....	66
Tabela 8. Códigos para necessidade de prótese utilizados no estudo.....	68
Tabela 9. Valores descritivos da idade e tempo na instituição de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	72

Tabela 10. Distribuição da frequência absoluta e percentual das características socioeconômicas e demográficas de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	73
Tabela 11. Distribuição da frequência absoluta, percentual e média, por indivíduo, da condição dentária de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	75
Tabela 12. Distribuição da frequência absoluta, percentual e média, por indivíduo, da condição das raízes dentárias (n=573) em idosos (n=67) de 65 anos e mais de um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	76
Tabela 13. Distribuição da frequência absoluta e percentual dos 67 idosos dentados de 65 anos e mais segundo a necessidade de tratamento dentário em um asilo de Fortaleza - Ceará, 2004.....	76
Tabela 14. Distribuição da frequência absoluta, percentual e média, por indivíduo, da necessidade de tratamento dos dentes presentes (n=573) em idosos dentados (n=67) de 65 anos e mais de um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	77
Tabela 15. Distribuição da frequência absoluta, percentual e média, por indivíduo, da condição periodontal dos sextantes em 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	78

Tabela 16. Distribuição da frequência absoluta e percentual da condição periodontal em idosos institucionalizados com pelo menos um sextante presente (n=47) em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	79
Tabela 17. Distribuição percentual da condição periodontal de cada sextante em 160 idosos de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	80
Tabela 18. Distribuição da frequência absoluta e percentual do uso e necessidade de prótese em 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais de um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	81
Tabela 19. Distribuição da frequência absoluta e percentual de 160 idosos institucionalizados em um asilo segundo cuidados e práticas em saúde bucal. Fortaleza - Ceará, 2004.....	85
Tabela 20. CPO-D médio, desvio-padrão e nível de significância segundo condições socioeconômicas e demográficas de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	87
Tabela 21. CPO-D médio, desvio-padrão e nível de significância segundo os cuidados e práticas em saúde bucal de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	89
Tabela 22. Descrição do modelo de regressão linear múltipla com base nos possíveis determinantes sociodemográficos e de higiene bucal do CPO-D para 160 idosos institucionalizados em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.....	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sonda CPI, ilustrando marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.....	62
Figura 2. Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para CPI.....	63
Figura 3. Codificação do Índice Periodontal Comunitário (CPI), ilustrando a posição da sonda para o exame.....	64
Figura 4. Códigos e critérios para uso de prótese.....	67
Figura 5. Códigos e critérios para necessidade de prótese.....	69
Figura 6. Distribuição percentual das principais doenças encontradas nos 160 institucionalizados em um asilo de idosos no Município de Fortaleza – CE, 2004.....	74
Figura 7. Distribuição percentual de idosos do sexo masculino segundo uso de prótese superior e inferior em um asilo no Município de Fortaleza – CE, 2004.....	82
Figura 8. Distribuição percentual de idosos do sexo feminino segundo uso de prótese superior e inferior em um asilo no Município de Fortaleza – CE, 2004.....	82

Figura 9. Distribuição percentual de idosos do sexo masculino com necessidade de prótese superior e inferior em um asilo no Município de Fortaleza – CE, 2004.....83

Figura 10. Distribuição percentual de idosos do sexo feminino com necessidade de prótese superior e inferior em um asilo no Município de Fortaleza – CE, 2004.....83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVD** – Atividades básicas da vida diária
- AIVD** – Atividades instrumentais da vida diária
- ATM** – Articulação Têmporo-Mandibular
- BR** - Brasil
- CE** – Estado do Ceará
- COMEPE** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CPI** – Índice Periodontal Comunitário
- CPO-D** – Índice de Dentes Cariados, Perdidos, Obturados
- CRO** – Conselho Regional de Odontologia
- DP** – Desvio-padrão
- EUA** – Estados Unidos da América
- FDI** – Federação Dentária Internacional
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCA** - Instituto Nacional do Câncer
- OCM** – Odontoclínica Central da Marinha
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PIP** – Perda de Inserção Periodontal
- PNAD** – Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios
- PR** – Estado do Paraná
- RN** – Estado do Rio Grande do Norte
- RS** – Estado do Rio Grande do Sul

SB2000 - Projeto sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000

SESI – Serviço Social da Indústria

SP – Estado de São Paulo

UFC – Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.....	21
2.2 “VELHO”, “VELHICE” E “ENVELHECIMENTO”.....	23
2.2.1 Idosos: terminologia <i>versus</i> preconceito.....	23
2.2.2 Exclusão social, trabalho e aposentadoria.....	24
2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO.....	26
2.4 O CUIDADOR DE IDOSO.....	29
2.5 MUDANÇAS BIOLÓGICAS E MORFOLÓGICAS NO ENVELHECIMENTO.....	31
2.6 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PATOLÓGICAS NA CAVIDADE BUCAL.....	32
2.7 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO.....	39
2.7.1 Cárie dentária.....	39
2.7.2 Edentulismo, uso e necessidade de prótese.....	41
2.7.3 Doença periodontal.....	43
2.8 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES.....	44
3 OBJETIVOS.....	48
3.1 GERAL.....	48
3.2 ESPECÍFICOS.....	48
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	49
4.1 LOCAL DE ESTUDO.....	49
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	50
4.3 DESENHO DE ESTUDO	50

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	54
4.5 EXAME CLÍNICO BUCAL.....	55
4.5.1 Cárie dentária	56
4.5.2 Necessidade de tratamento.....	60
4.5.3 Doença periodontal.....	62
4.5.4 Prótese dentária.....	65
4.5.5 Alterações de tecido mole.....	70
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	70
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	70
5 RESULTADOS.....	72
5.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	72
5.2 EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA DAS CONDIÇÕES E HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS.....	75
5.2.1 Condição dentária e necessidade de tratamento.....	75
5.2.2 Condição periodontal.....	77
5.2.3 Uso e necessidade de prótese.....	80
5.2.4 Alterações de tecido mole.....	84
5.2.5 Cuidados e práticas em saúde bucal.....	84
5.3 EPIDEMIOLOGIA ANALÍTICA DA SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS.....	86
6 DISCUSSÃO.....	91
7 CONCLUSÕES.....	108
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
ANEXOS.....	120

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, aproximadamente 19 mil idosos vivem em asilos (GARDA, 2002). Como a maioria das instituições funciona clandestinamente ou sem cadastro, esse número deve ser ainda maior. Idosos que apresentam doenças crônicas ou sistêmicas, ou por outros motivos, são geralmente internados em casas de repouso.

As instituições estão voltadas às prioridades clássicas, como o tratamento das doenças sistêmicas e crônicas. Os cuidados com a saúde bucal, no entanto, são negligenciados em razão do acesso limitado ao tratamento dentário (STRAYER; IBRAHIM, 1991).

Vale ressaltar que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são consideravelmente afetados por uma condição bucal insatisfatória (LOCKER; SLADE, 1993; STRAUSS; HUNT, 1993). Torna-se mais crítico tal fato quando se observa que muitos idosos não têm acesso ao tratamento odontológico necessário ou adequado (SHINKAI; CURY, 2000).

Em geral, os idosos asilados dependem de outras pessoas para realizarem diversas atividades, tais como, locomoção ao consultório dentário, auxílio para as práticas de higiene bucal e corporal, entre outras. Trata-se de um grupo heterogêneo e, na maioria das vezes, apresenta deficiência cognitiva, alteração na condição psicomotora e afetiva, além da condição socioeconômica afetada. Portanto, para realização do tratamento odontológico na terceira idade, é necessária atenção especializada e interdisciplinar.

Estudos no Brasil (REIS et al., 2005; SALIBA et al., 1999) e em outros países (ANGELILLO et al., 1990; THOMSON et al., 1992) indicam que a saúde bucal de idosos vivendo em instituições continua sendo um assunto desconhecido e negligenciado. As políticas públicas não têm priorizado como ação de saúde a promoção e manutenção da saúde bucal do idoso.

Dados epidemiológicos sobre a saúde bucal de idosos institucionalizados são escassos, e estudos no Nordeste brasileiro são praticamente inexistentes. Neste contexto, surgiu a necessidade de se realizar um estudo epidemiológico que investigasse os principais problemas em saúde bucal que acometem os idosos residentes em uma instituição filantrópica no Município de Fortaleza/CE, como também identificasse os cuidados e práticas na manutenção da saúde bucal dessas pessoas.

Espera-se que os resultados obtidos neste estudo possam proporcionar uma base de dados confiável que contribua para o planejamento das ações de promoção em saúde bucal desta população.

Além disso, a expectativa também é de que possam sensibilizar os gestores das políticas públicas de saúde sobre a necessidade de desenvolvimento de programas específicos na área de saúde bucal e de ampliação da oferta dos serviços públicos para uma assistência odontológica adequada e contínua.

Reconhecer a saúde bucal como um componente importante da saúde geral do indivíduo é uma estratégia que deve ser perseguida e, para tal, as instituições devem buscar desenvolver ações de saúde bucal, contribuindo para melhor qualidade de vida dos idosos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

A população de idosos no mundo está em crescimento contínuo, em virtude do aumento da expectativa de vida, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. A melhora dos sistemas de saúde pública, os programas de imunização, as condições de moradia, acesso à água limpa, assim como o avanço dos antibióticos e da Medicina, além dos hábitos pessoais, é a explicação para o aumento na expectativa de vida (CORMACK, 2001).

O Brasil está em meio a uma evolução caracterizada por uma progressiva queda da mortalidade em todas as faixas etárias e conseqüente aumento da expectativa de vida da população. Atualmente, a expectativa média de vida da população ao nascer é de 69 anos para os homens e 72 para as mulheres. A análise do crescimento populacional de faixas etárias diferentes mostra que o grupo de idosos, com 60 anos ou mais, é o que mais está crescendo no País. De 1980 a 2000, o contingente entre 0-14 anos teve um aumento de 14%, enquanto o grupo de pessoas idosas cresceu 107% (HOFFMANN, 2002). Atualmente, no Brasil, 5% das pessoas têm mais de 65 anos; nos Estados Unidos (EUA) esse percentual é de 13%.

A população idosa, no Brasil, até o ano 2025, terá crescido dezesseis vezes em relação a 1950, enquanto que o total da população crescerá apenas cinco vezes. O Brasil será a sexta maior população idosa do mundo, e contará com mais de trinta milhões de pessoas na faixa etária igual ou superior a sessenta anos, representando quase 15% da população total (MANETTA; BRUNETTI; MONTENEGRO, 1998).

Embora esse percentual seja inferior à média dos países europeus (25%), Ramos, Veras e Kalache (1987) acentuam que o Brasil estará exposto a problemas decorrentes do

envelhecimento, no que se refere à saúde, como doenças crônicas, requerendo cuidados continuados e dispendiosos, agravados pela persistência de outros problemas, como a desnutrição e doenças infecciosas.

Espera-se que em 2050 a população brasileira seja de 260 milhões e a expectativa de vida ao nascer seja de 81,3 anos, a mesma dos japoneses, atualmente. O grupo de 0 a 14 anos e os maiores de 65 anos se igualarão em 18% da população brasileira (IBGE, 2004). A proporção entre a população masculina e feminina diminui paulatinamente no Brasil. Em 1980, havia 98,7 homens para cada cem mulheres, proporção que caiu para 97% em 2000 e será de 95% em 2050. Em números absolutos, o excedente feminino, que era de 2,5 milhões em 2000, chegará a seis milhões em 2050 (IBGE, 2004).

Esse envelhecimento surge como um desafio aos serviços de saúde, que, pela natureza e diversidade de patologias, demandam mais investimentos no setor. Recomenda-se que nas diferentes comunidades sejam definidos programas integrados de saúde, onde haja interação das ações de saúde bucal com as de outras áreas. Isto exige conhecimento das condições de saúde e doença nessa comunidade. Este conhecimento permite previsão e planejamento dos recursos necessários ao atendimento da população. Um diagnóstico de saúde bucal deve estar sempre presente nos diagnósticos de saúde coletiva bem realizados, devendo incluir a identificação dos principais problemas de saúde-doença bucal e os recursos necessários para resolvê-los ou diminuí-los até níveis suportáveis pela comunidade (NARVAI, 1996).

2.2 “VELHO”, “VELHICE” E “ENVELHECIMENTO”

2.2.1 Idosos: terminologia *versus* preconceito

Atualmente, ocorre uma ampliação no número de termos com os quais se podem designar as pessoas que já viveram mais tempo ou a fase da vida, antes designada apenas como “velhice”. Entre os mais comuns estão: adulto maduro, idoso, pessoa idosa, pessoa na meia-idade, maturidade, idade madura, maior idade, melhor idade e, o mais comum, terceira idade. Algumas pessoas preferem ser chamada de “maduras” ou da “terceira idade”, mas têm verdadeiro pavor de ser denominada de “velhas” ou “idosas”. Já outras detestam serem apontadas como membros da “terceira idade” ou do termo “maduro”.

Uma das razões para a existência de termos diversos que se reportam à mesma realidade pode ser o preconceito em relação à velhice, expressa pelas reações de afastamento, desgosto, ridiculização e negação. Na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência. Além disso, o envelhecimento e a velhice estão vinculados à idéia de incapacidade. Muitos velhos, contudo, podem manter altos padrões de desempenho físico e cognitivo, mas é comum negar empregos ou despedir trabalhadores sob a alegação de que não estão mais capacitados para fazer o que é esperado porque estão velhos, ou seja, incapacitados (NERI; FREIRE, 2000).

Em geral, confundem-se pessoas idosas e pessoas idosas doentes, o que leva a algumas conclusões desastrosas, como a generalização da velhice apenas como sinônimo de declínio, de deficiências intelectuais, emocionais e mentais. Dissociar doença de envelhecimento é fundamental para ter uma visão individualizada de cada ser, para poder vê-

lo dentro de suas características particulares e, assim, não generalizar. Afinal, toda generalização ignora as diferenças, as particularidades – sendo, portanto, superficial (SOMMERHALDER; NOGUEIRA, 2000).

A preferência por expressões como “terceira idade” ou “idade madura” pode parecer um eufemismo, com o objetivo de mascarar o preconceito e negar a realidade. Se não houvesse preconceito, não seria necessário disfarçar nada por meio de palavras. Se as várias realidades da velhice e do envelhecimento fossem bem conhecidas, não seria necessário temê-las, evitá-las ou negá-las (NERI; FREIRE, 2000).

Por esses motivos, é melhor utilizar as palavras “velho” ou “idoso” para designar pessoas idosas, “velhice” para falar da última fase do ciclo vital, e “envelhecimento” para tratar do processo de mudanças físicas, psicológicas e sociais. A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu os 60 anos como a idade que demarca o início da velhice nos países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos (NERI; FREIRE, 2000).

2.2.2 Exclusão social, trabalho e aposentadoria

A história de vida do idoso influencia na sua condição social e está relacionada às condições de trabalho a que ele foi submetido. O mercado de trabalho da sua época foi caracterizado por um tempo de consolidação do capitalismo, pela fase da industrialização e o início da dependência do capital internacional. Neste período, algumas mulheres passaram a incorporar o mercado de trabalho, que exigia pouca qualificação. A chegada de imigrantes, ao Brasil, no início da industrialização, demonstrou grande diferença em termos de qualificação, conseqüentemente, ampliou a desigualdade social entre os brasileiros, pois a maioria era analfabeta, ocupando, assim, cargos inferiores e mal remunerados (VARGAS, 2004).

De certa forma, as desigualdades levam à exclusão e os próprios direitos sociais tornam motivos de exclusão, quando são considerados apenas cidadãos os que possuem contrato de trabalho (DONATO; CANÔAS, 1996 *apud* VARGAS, 2004). O idoso “economicamente frágil” também está inserido nos grupos considerados excluídos.

De acordo com o artigo 11 do Decreto nº 1948, que regulamenta a Política Nacional do Idoso, cabe ao Ministério do Trabalho garantir mecanismos para impedir a discriminação do idoso referente à sua participação no mercado de trabalho (BRASIL, 1996).

Apesar de a legislação brasileira determinar como pessoas idosas aquelas situadas na faixa etária de 60 anos ou mais, os direitos adquiridos na prática seguem a média dos países desenvolvidos, que é de 65 anos. Isto mostra uma contradição em um País em desenvolvimento, que mantém precariedade nos modos de vida, a saúde debilitada de muitas pessoas mesmo antes desse período de vida e a condição econômica inferior após a aposentadoria. De modo geral, não é comparável o nível de vida da maioria dos idosos norteamericanos e europeus com a maioria dos velhos brasileiros.

O preconceito social, as rápidas mudanças econômicas e tecnológicas e a falta de treinamento dos trabalhadores mais velhos dificultam a manutenção do emprego e o acesso dos adultos mais velhos e dos idosos ao mercado de trabalho. Além disso, a associação entre aposentadoria e o binômio ócio-lazer faz com que muitos idosos tenham dificuldade de adaptar-se à vida pós-trabalho.

A urbanização e a conseqüente mudança do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do País. Em 1930, dois terços dos brasileiros viviam na zona rural; atualmente, mais de três quartos estão em zona urbana. Com isto, a estrutura familiar brasileira se transformou da família extensa do campo para família nuclear urbana (BRASIL, 1999).

Para os idosos, essa mudança de padrão social pode se tornar difícil de ser aceita, pois tiveram por toda a sua vida uma grande família. Apesar de o idoso não constituir um grande peso no processo migratório, pois é suplantado pela população mais jovem, o fato importante desse processo é que em 30 ou mais anos esse grupo jovem de migrantes representará as novas parcelas da população idosa dos grandes centros urbanos.

Se, para os migrantes jovens, a busca de regiões com melhores oportunidades de emprego ou que estão numa fase de crescimento econômico é uma perspectiva atraente, para a população idosa, a nova organização social pode acentuar problemas como solidão, dificuldades financeiras, medo de violência e precariedade das condições de saúde. A situação se complica pelo fato de que o envelhecimento - em condições de trabalho, moradia e alimentação adversas - está associado com maior frequência às doenças e dependência.

O processo de emigração de jovens tende a enfraquecer o papel da família como provedora de suporte aos idosos. Neste caso, cabe ao Estado suprir as demandas desta população, uma vez que esta não está mais na ativa e não recebe auxílio dos filhos agora distantes (CHAIMOWICZ, 1997).

2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

Na avaliação de um idoso, dois conceitos são básicos: independência funcional e autonomia. A independência funcional é entendida como a capacidade do indivíduo realizar as suas atividades diárias, como se vestir, comer, banhar-se, ou seja, relaciona-se com a capacidade física, mental e social. A autonomia é a capacidade da pessoa tomar decisões e executá-las - o exercício da autodeterminação. O funcionamento é o resultado da interação da capacidade do indivíduo e do ambiente que apóia esta capacidade (BRASIL, 1997).

Autonomia e independência são conceitos interdependentes que revelam o nível com que cada pessoa consegue conduzir sua vida, seja ela adulta ou idosa.

O conceito de capacidade funcional consiste em manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da Saúde Pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade, uma vez perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas (BRASIL, 1997).

A avaliação funcional do idoso pode ser medida por meio de dois tipos de escalas de atividades:

✓ atividades básicas da vida diária (AVD) → transferências, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, continência, alimentar-se, andar no plano, subir escadas; e

✓ atividades instrumentais da vida diária (AIVD) → uso do telefone, andar perto de casa, sair para compras, preparar refeições, fazer trabalhos de casa, lavar roupas, medicar-se na hora, cuidar de seu dinheiro.

Todas estas atividades são classificadas em quatro categorias: realizar sem ajuda (independente), com supervisão, com ajuda parcial e não conseguir realizar (totalmente dependente) (BRASIL, 1997).

Estes dois tipos de escalas são indicadores muito importantes para avaliar a evolução dos problemas de saúde do idoso, seus cuidados e tratamentos; são preditores de mortalidade, morbidade, hospitalizações e institucionalizações, como o asilamento (BRASIL, 1997).

Medina (1998) assinala que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas.

A independência, que pode ser parcial ou total, é inversamente proporcional às incapacidades, comprometimentos e deficiências que venham a ocorrer na pessoa. O comprometimento é definido como qualquer distúrbio físico, fisiológico ou psicológico. A incapacidade é conceituada como restrição ou perda, transitória ou definitiva, da habilidade para realizar, ao menos, as atividades de vida diária. Por sua vez, a deficiência é a desvantagem que permanece na pessoa, impedindo-a de executar parcial ou totalmente uma função normal, como conseqüência de um comprometimento ou incapacidade (BRASIL, 1997).

A freqüência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. Neste País, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social (KARSCH, 2003).

A diminuição do tamanho da prole, o divórcio, as migrações internas, o aumento do trabalho da mulher fora de casa, as mudanças em valores sociais e familiares estão fortemente associados a dificuldades sociais e familiares no fornecimento de apoio econômico, físico e psicológico a idosos dependentes e fragilizados. Essas dificuldades são potencializadas pela escassez de serviços especializados de saúde em hospitais, ambulatórios

e centros-dia, bem como pela ausência de oferta organizada de serviços de atendimento domiciliar a idosos (GOLDSTEIN; SIQUEIRA, 2000).

2.4 O CUIDADOR DE IDOSO

De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1997), o cuidador é uma pessoa envolvida no processo de cuidar do outro – o idoso - com quem vivencia uma experiência contínua de aprendizagem e que resulta na descoberta das potencialidades mútuas, por meio de uma relação íntima e humana do idoso e do cuidador.

Para cuidar de idoso, espera-se que haja alguém capaz de desenvolver ações de ajuda naquilo que estes não podem mais fazer por si; essa pessoa assume a responsabilidade de dar apoio e ajuda para satisfazer às suas necessidades, visando à melhoria da condição de vida.

Por motivos vários, como a redução de custo da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, a atual tendência, em muitos países e no Brasil, é indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família (KARSCH, 2003).

No Brasil, a mudança demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são membros familiares dos idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras (KARSCH, 2003). Por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade (NERI, 1993).

Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de Saúde Pública, como na amplitude da sua intervenção. O Estado se apresenta como um parceiro contingencial, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados desenvolvidos em casa a um idoso na dependência de outra pessoa. Consta-se que inexistem políticas mais veementes no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e aos apoios que cabem a uma rede de serviços oferecer ao idoso dependente e aos seus componentes familiares (KARSCH, 2003).

Tanto nos Estados Unidos como na Europa, há grandes investimentos das políticas públicas a fim de constituir e manter redes de suporte a idosos, seja diretamente, seja prestando apoio a cuidadores que podem ser membros familiares, voluntários e profissionais. Os cuidados oriundos de redes informais de apoio constituem a mais importante fonte de suporte a idosos e, por isso mesmo, precisam ser estudados e amparados (LECHNER; NEAL, 1999).

Pode-se inferir, portanto, a noção de que o envelhecimento em dependência e a figura do cuidador estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. Além do que, o próprio envelhecimento da população brasileira acontece num momento de profunda desordem econômica, deixando, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando postura de apoio compensatório a essa realidade. Está se configurando um crítico e severo quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perder a sua capacidade funcional (KARSCH, 2003).

A falta de condições sociais, institucionais e familiares para o cuidado de idosos dependentes e fragilizados faz aumentar a probabilidade de maus tratos, abandono e

institucionalização. Não há, no entanto, uma rede suficiente de instituições domiciliares que ofereçam serviços adequados aos idosos. A maioria das instituições existentes no Brasil tem natureza filantrópica. As que atendem a população de renda mais alta são escassas e, muitas vezes, de preços proibitivos – o que não significa, necessariamente, boa qualidade no atendimento (GOLDSTEIN; SIQUEIRA, 2000).

2.5 MUDANÇAS BIOLÓGICAS E MORFOLÓGICAS NO ENVELHECIMENTO

A possibilidade de envelhecer com saúde, mantendo-se satisfeito, envolvido e ativo, depende em parte de fatores genético-biológicos e em parte do contexto social. É o caso de certas doenças típicas da velhice (hipertensão, diabetes, artrite, osteoporose, cardiopatias), da pobreza ou do acesso insatisfatório à educação ou a serviços preventivos de saúde.

Há várias mudanças biológicas esperadas, isto é, consideradas normais no envelhecimento. Algumas alterações fisiológicas podem ser citadas - como as cardiovasculares, as respiratórias, as do sistema nervoso e as do aparelho músculo-esquelético. Na pessoa idosa, há diminuição da frequência cardíaca sob repouso, aumento do colesterol e da resistência vascular, com o conseqüente aumento da tensão arterial, diminuição na capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos quando submetido ao esforço. Em relação ao sistema respiratório, o idoso apresenta uma diminuição da capacidade vital, da ventilação pulmonar e da elasticidade dos alvéolos. As principais alterações no sistema nervoso são a diminuição do número de neurônios, da velocidade da condução nervosa e da intensidade dos reflexos, das respostas motoras, do poder de reação e da capacidade de coordenação. As alterações no sistema músculo-esquelético estão representadas pela perda da massa muscular, diminuição do número, comprimento e

elasticidade das fibras musculares, perda da elasticidade dos tecidos conectivos (tendões e ligamentos) e da viscosidade dos fluidos sinoviais (VITTA, 2000).

Outro tipo de alteração peculiar à velhice é de natureza morfológica caracterizada pelas modificações na postura: a cabeça, os ombros e o pescoço inclinados ou dobrados para frente; na altura do tórax, a coluna torna-se cifótica, apresentando, muitas vezes, acentuada curvatura externa; os punhos, os joelhos e os quadris tendem à flexão (VITTA, 2000).

2.6 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PATOLÓGICAS NA CAVIDADE BUCAL

Os tecidos da cavidade bucal, como os tecidos do resto do corpo, sofrem modificações significativas durante o envelhecimento. São achados comuns e não patológicos no paciente idoso a redução da capacidade gustativa, a atrofia das papilas filiformes (conferindo um aspecto liso à língua), a hipertrofia das papilas foliáceas, a presença de varicosidades linguais e o aumento do número de grânulos de Fordyce (glândulas sebáceas ectópicas) (FIGUEIREDO et al., 1993).

As adaptações fisiológicas processadas durante o ciclo da dentição normal incluem o desvio mesial dos dentes, provocado pelas forças de oclusão, e as alterações de cor com a idade, tornando os dentes mais escuros, com tonalidades de amarelo, castanho e cinza. Observa-se também um certo grau de atrição provocado pela mastigação ou por hábitos viciosos, como o bruxismo (hábito de ranger os dentes) e a mineralização dos canalículos dentinários por calcificação progressiva, com a conseqüente redução de permeabilidade e aumento no limiar de sensibilidade à dor nos dentes de pessoas idosas. A câmara pulpar está reduzida em decorrência da contínua deposição de dentina nas paredes internas da câmara durante toda a vida de um dente normal (CORMACK, 2002).

Nas glândulas salivares, há evidências da redução do volume e concentração de alguns constituintes salivares com a idade. A redução do fluxo salivar e conseqüente lubrificação dos tecidos bucais afeta a mobilidade da língua, dificultando a deglutição dos alimentos. A atividade enzimática e a viscosidade da saliva reduzem significativamente em pessoas idosas. A redução do volume salivar e de seus constituintes está associada com a atrofia que se estabelece com a idade, envolvendo tanto as células secretoras quanto os ductos, sendo a fibrose das estruturas glandulares uma alteração senil bastante comum (CORMACK, 2002).

Os tecidos periodontais (tecidos de suporte) apresentam diminuição de elasticidade e resiliência da gengiva, bem como o número de células funcionais do ligamento periodontal. As modificações periodontais mais relevantes, no entanto, decorrem das doenças periodontais (MARCHINI et al., 2001).

A literatura relata os seguintes problemas de saúde bucal mais prevalentes no idoso: cárie coronária e radicular, doenças do periodonto, ausência de dentes (edentulismo), desgastes dentais (atrições, abrasões e erosões), lesões de tecidos moles (ulcerações, hiperplasias inflamatórias traumáticas e medicamentosas, infecções), boca seca (xerostomia), dores orofaciais, desordens têmporo-mandibulares, problemas de oclusão e câncer bucal (HOLM-PEDERSEN; LÖE, 1996; PUCCA JR., 1996; RUTKAUSKAS, 1997 *apud* SHINKAY; CURY, 2000).

A análise dos problemas odontológicos freqüentemente encontrados nos idosos é derivada de levantamentos epidemiológicos internacionais, desenvolvidos principalmente nos EUA e nos países escandinavos. A casuística brasileira sobre a saúde bucal do idoso é escassa. Trabalhos epidemiológicos brasileiros realizados em idosos observaram um nível bastante precário de saúde bucal nas populações estudadas (SHINKAI; CURY, 2000).

A cárie dentária é uma doença infecto-contagiosa que afeta os tecidos mineralizados dos dentes, começando com uma dissolução localizada das estruturas inorgânicas de uma dada superfície do dente por ácidos de origem bacteriana, a qual acarreta uma desintegração da matriz orgânica. A lesão cariosa resulta da interação de microflora específica, freqüente ingestão de carboidratos altamente fermentáveis e superfícies dentárias suscetíveis (TOMMASI, 1989).

Esta doença afeta 95% da população idosa e a dieta representa um dos fatores etiológicos mais importantes a ser considerado no aspecto preventivo (ETTINGER, 1997). De modo geral, no entanto, os hábitos alimentares, caracterizados pela ingestão excessiva de carboidratos fermentáveis, são difíceis de serem alterados, principalmente no idoso (PAPAS; ETTINGER, 1998).

O percentual de idoso com dentes naturais com uma ou mais cáries ou restauração em superfície radicular varia entre 45% e 87% (CORMACK, 2002). Na Holanda, por exemplo, esse quadro corresponde a 56% das pessoas de 55-64 anos e a 62% dos indivíduos entre 62-74 anos, e no Canadá esse problema afeta 56,8% dos indivíduos idosos, ao ponto do número de superfícies radiculares cariadas ser ao redor de 1,3 por pessoa (LOCKER, 1989).

No Brasil, o percentual de dentes cariados em idoso na faixa etária de 65-74 anos foi de 4,2% e obturados/cariados de 0,2%. O percentual de raízes expostas com cárie foi de 12,2% e obturados/cariados de 0,2% numa amostra de 5.300 participantes. Este percentual de dentes cariados é relativamente baixo, em razão do elevado percentual de dentes perdidos (93%), ratificando o edentulismo na população idosa no Brasil (BRASIL, 2004).

A cárie radicular pode ocorrer em qualquer lugar da superfície radicular exposta ao meio bucal, como conseqüência da retração dos tecidos periodontais, no sentido apical. A

placa dentária e a invasão microbiana são parte essencial da causa e progresso deste tipo de lesão (TOMMASI, 1989).

As estratégias de prevenção dos problemas das cáries nas superfícies radiculares passam, principalmente, pela avaliação clínica do risco de cárie do paciente, bem como pela elaboração de um efetivo programa de prevenção dessas afecções (CORMACK, 2002).

Como doença periodontal, compreende-se um conjunto de condições inflamatórias de caráter crônico e de origem bacteriana que começa afetando o tecido gengival e pode levar, com o tempo, à perda dos tecidos de suporte dos dentes. Os microorganismos responsáveis localizam-se na placa bacteriana dental. Os fatores associados com o aparecimento da doença periodontal e os mecanismos de sua evolução ainda não estão adequadamente esclarecidos, mas não há dúvida de que a ação bacteriana, por um lado, e a capacidade de resposta do organismo, por outro lado, interagem continuamente neste processo (PINTO, 1992).

A gengivite e a periodontite são as doenças mais comuns, relacionadas à inflamação e infecção dos tecidos que sustentam os dentes. Sangramento gengival, mobilidade dentária, mau hálito e dores ao mastigar podem ser sinais da presença desses problemas, que podem levar à perda dos dentes (MESAS, 2003).

Pacientes idosos com boa saúde têm prognóstico periodontal favorável e deve-se dar preferência ao tratamento conservador (orientação de higiene, raspagem e polimento) e o tratamento cirúrgico deve ser indicado em casos extremos (DINI; CASTELLANOS, 1993).

A perda de dentes correlacionada com a idade ocorre em virtude de uma exposição por maior tempo às causas de perdas dos dentes, como cáries, doença periodontal, periapicopatias (infecções do periápice), traumas e intervenções odontológicas (ZWETCHKENBAUM; SHAY, 1997).

A ausência de elementos dentários e o uso de próteses totais podem ocasionar a perda do apetite em idosos (CARLSSON, 1984). As pessoas com próteses totais tendem a consumir alimentos macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras e, geralmente, com baixa densidade nutricional (GEISSLER; BATES, 1984).

A prevalência do edentulismo apresenta índices mais altos no Reino Unido e na Nova Zelândia e os mais baixos nos EUA. Na Suécia, 49% dos idosos de 55-64 anos não possuem mais nenhum dente, subindo para 65% no grupo de 65-74 anos (MERSEL et al., 1986). No Brasil, 93% dos idosos na faixa etária de 65-74 anos apresentam edentulismo, enquanto a faixa etária de 35-44 anos apresenta índice de 66% (BRASIL, 2004).

Prótese desadaptada, além de ser desconfortável para conversar e para se alimentar, favorece o aparecimento de infecções fúngicas, feridas, aftas, crescimento gengival, que se não forem tratadas podem predispor o paciente a problemas ainda mais graves, como o câncer de boca (MESAS, 2003).

Frare et al. (1997) observaram, por meio de um inquérito domiciliar em idosos, grande número de portadores de candidíase, periodontite grave e hiperplasia no palato, em decorrência do uso de prótese total com câmara de sucção. Eventualmente, também foram encontrados língua saburrosa, língua fissurada e leucoplasia.

Outro problema de saúde bucal em idosos é o câncer bucal, principalmente o carcinoma epidermóide. A incidência do câncer bucal aumenta após quarenta anos de idade e tem implicações graves, como causa direta de mortalidade, de amplas mutilações pós-cirúrgicas e de complicações bucais pós-radioterapia (por lesão de glândulas salivares, lesões vasculares e ósseas). O diagnóstico e o tratamento precoces proporcionam cura em cerca de 80% dos casos. Sessenta por cento destes, porém, chegam aos centros de referência brasileiros nos estádios avançados, quando o tratamento não é mais curativo (INCA 1996/1999).

A xerostomia (boca seca) está muito mais relacionada com o uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas do que com o envelhecimento em si (MESAS, 2003); no entanto, os idosos constituem o maior grupo de consumidores de medicamentos “per capita” em todo o mundo (TOMASELLI, 1992).

A maior parte dos medicamentos consumidos por pacientes idosos são os agentes cardiovasculares, analgésicos, sedativos e tranqüilizantes. Estes estão associados a efeitos de inibição do fluxo salivar, exacerbando o ressecamento bucal, bem como resultando em um aumento potencial da susceptibilidade à cárie dental (GRYMONPRE; GALAN, 1991).

A diminuição da saliva no idoso provoca, além da halitose, uma série de sintomas desconfortáveis, do tipo: dificuldade de adaptação de próteses removíveis e totais, coceira sob as próteses fixas e removíveis, dificuldade de dicção, dificuldade de engolir alimentos mais secos, dificuldade de digestão, lábios e língua parecem colar na mucosa oral, feridas nas comissuras labiais, lábios ressecados, ardência na região de língua e esôfago, podendo se estender ao estômago, gosto amargo ou azedo na boca, entre outros (KOLBE, 2003).

A halitose (mau hálito) comumente decorre da diminuição da quantidade de saliva e da presença de resíduos sobre a língua, dentes e gengiva, em virtude da má higienização dos dentes e das próteses (MESAS, 2003). A prevalência de halitose no Brasil é de 14,3% até 12 anos de idade, 41,7% até os 65 anos e 67,3% acima dos 65 anos (KOLBE, 2003). Estes dados são similares a outras pesquisas realizadas nos EUA. As origens mais freqüentes do aumento da prevalência da halitose nos últimos anos são estresse, mudança de hábitos alimentares e desidratação (KOLBE, 2003).

Segundo Kolbe (2003), as causas da prevalência de halitose elevada em idosos são:

- perda de unidades dentárias, causando a dificuldade de mastigação e, conseqüentemente, falta de estímulo das glândulas salivares adequadamente, provocando a xerostomia;
- ingestão de alimentos mais líquidos e pastosos, proveniente da dificuldade de mastigação causada pela perda de dentes, o que diminui a varredura na língua, aumentando o acúmulo da saburra lingual;
- o comprometimento psicológico causado pela perda dos dentes, alterando o funcionamento das glândulas salivares comandadas pelo Sistema Nervoso Central, causando uma redução do fluxo salivar, comprometendo ainda mais o hálito;
- as disfunções na ATM (articulação têmporo-mandibular) causada pela perda de unidades dentárias, originando cefaléias intensas e constantes, e conseqüentemente a liberação das catecolaminas (dopaminas) que irão agir diretamente nas glândulas salivares, inibindo seu funcionamento, aumentando assim a xerostomia;
- o uso freqüente de medicamentos xerostômicos como, por exemplo: analgésicos, anti-hipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos, antiparkissonianos, diuréticos, entre outros;
- incidência muito alta dos diabetes (hipo ou hiperglicemia), causando a liberação de ácido graxo na corrente sanguínea que, por ser volátil e fétido, escapa na expiração, comprometendo o hálito; e
- senilidade de glândulas salivares, produzindo um volume inadequado de saliva, comprometendo o hálito.

A alteração do fluxo salivar aumenta a quantidade de saburra lingual e, conseqüentemente, o mau hálito. A saburra é responsável por mais de 90% dos casos de halitose e a higiene da língua é o primeiro passo para se eliminar o mau hálito (KOLBE, 2003).

2.7 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO

2.7.1 Cárie dentária

Rosa et al. (1992) avaliaram as condições de saúde bucal em pessoas com 60 anos ou mais na cidade de São Paulo - Brasil. O estudo foi realizado em indivíduos residentes em domicílios e idosos internados em duas instituições. O CPO-D (média de dentes cariados, perdidos e obturados) foi de 29,03 para os examinados no domicílio e de 30,97 para os internados.

As condições de saúde bucal de um grupo pertencente à terceira idade em serviços odontológicos, no Rio de Janeiro - Brasil, também foram precárias (CHAGAS; NASCIMENTO; SILVEIRA, 2000). Apenas oito pessoas apresentaram um índice CPO-D igual ou inferior a 16. Onze não possuíam, entretanto, qualquer dente sadio (edêntulo ou não). Houve uma média de 25,12 dentes atacados (78,5%) e 6,88 dentes sadios (21,5%) por pessoa.

Uma metanálise de sete publicações sobre saúde bucal em idosos brasileiros confirma as precárias condições de saúde bucal em que se encontra a população idosa no Brasil (COLUSSI; FREITAS, 2002). O CPO-D variou de 26,8 a 31,0, com grande participação do componente extraído (84%) e alta prevalência de edêntulos (68%). São dados

alarmantes, retratando um problema atual que tende a se agravar, caso não sejam tomadas algumas medidas de assistência a essa população.

Por outro lado, países que realizam ações de prevenção-assistência em saúde bucal, orientados para os adultos, mostram um quadro odontológico melhor na terceira idade. Nos Estados Unidos, como exemplo, idosos apresentam um CPO-D de 18,37 com participação de 59% dos dentes extraídos (PUCCA JR., 2002).

No Município de Rio Claro, São Paulo - Brasil, o CPO-D foi de 31,09 e 22,86 para idosos de 65 a 74 anos e adultos de 35 a 44 anos, respectivamente (SILVA; SOUSA; WADA, 2004). O maior componente do índice CPO-D no grupo de idosos foi dentes perdidos (92,64%). Para os adultos, foi dentes restaurados (57%), seguido de dentes perdidos (40,54%).

Em 277 idosos residentes na área urbana e rural do Município de Biguaçu, Santa Catarina - Brasil, foi encontrado um índice CPO-D médio de 28,9, com grande percentual de dentes extraídos (92,1%) e menor participação dos componentes “Cariado” (5,5%) e “Obturado” (2,4%) (COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004). Os idosos tinham, em média, 2,9 dentes hígidos por pessoa, sendo os incisivos inferiores os dentes que mais freqüentemente apresentaram essa condição. O número médio de dentes extraídos foi de 26,6. A prevalência da cárie de raiz ficou em 24%, tendo sido registrada com maior freqüência nos caninos inferiores e com menor freqüência nos incisivos inferiores.

2.7.2 Edentulismo, uso e necessidade de prótese

Rosa et al. (1992) observaram também a prevalência de edentulismo e o uso de prótese. Dos indivíduos examinados no domicílio, 65% eram edêntulos, e destes, 76% usavam prótese total superior e inferior. O restante usava apenas prótese superior (13%) ou necessitava de prótese total nas duas arcadas (11%). Comparando aos examinados em instituições, 84% eram edêntulos, sendo que apenas 30% usavam prótese total superior e inferior e o restante apresentava o aparelho mastigatório-fonético deficiente. Em relação a outras necessidades protéticas, 18% dos examinados em domicílio necessitavam de próteses parciais superiores ou inferiores e, dos atendidos nas instituições, somente 7% apresentavam a necessidade deste tipo de tratamento. Portanto, nota-se que mais da metade e cerca de $\frac{3}{4}$ dos indivíduos, respectivamente, haviam perdido todos os dentes e apenas 76% no domicílio e 30% nas instituições usavam próteses totais nas duas arcadas. Quanto à ocorrência de lesões provocadas pelo uso de prótese total, nos exames domiciliares, 38% apresentaram lesões relativas à prótese total, enquanto nos internados em instituições essa proporção atingiu 53%.

Pucca Jr. (1998) realizou, no Brasil, o primeiro estudo da América Latina com características longitudinais, envolvendo um segmento de idosos não institucionalizados durante um período de quatro anos. Esse estudo constatou que na mulher a chance de edentulismo aumentou em 65% em comparação com os homens; a cada ano de idade, após os 65 anos, o acréscimo da chance de ser desdentado foi da ordem de 5%; a cada 100 dólares a mais na renda, a chance de não ter dentes obteve uma redução de 7,6%; as patologias crônicas, como a Diabetes *mellitus*, não se mostraram associadas ao edentulismo; no primeiro inquérito, 54,9% dos idosos apresentaram perda total dos dentes e 86,3% usavam próteses, enquanto no segundo, a prevalência de edentulismo foi de 56% e 84,8% para uso de prótese.

Estes resultados mostraram um dado inquietante no que se refere ao edentulismo ser superior nas mulheres, uma vez que se pode admitir que elas usam mais os serviços de saúde bucal do que os homens. Além disso, o referido estudo parece demonstrar que o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas não influencia o quadro de edentulismo na terceira idade no Brasil, sendo mais consequência do quadro socioeconômico.

Chagas, Nascimento e Silveira (2000) constataram no grupo de 3ª idade, usuário dos serviços odontológicos da Odontoclínica Central da Marinha (OCM), no Rio de Janeiro, que 52,5% dos dentes haviam sido extraídos, e 29,1% dos idosos examinados usavam ou necessitavam de pelo menos uma prótese total.

Em Araraquara, São Paulo - Brasil, o percentual para a necessidade do uso de prótese foi de 44,8% nos idosos freqüentadores de um centro de saúde (SILVA; FERNANDES, 2001).

Silva et al. (2002) verificaram as condições de saúde bucal em 61 idosos freqüentadores de grupos de terceira idade em Piracicaba, São Paulo - Brasil. Na análise dos dados, houve 60,7% de edentulismo. Não houve necessidade de prótese total superior, e 5% necessitavam de prótese total inferior. As percentagens de idosos que usavam prótese total superior e inferior foram de 80% e 57%, respectivamente. Neste estudo, observou-se a média de aproximadamente 2,5 dentes hígidos e 5 presentes. O CPO-D médio foi de 29,5.

No Município de Rio Claro, São Paulo - Brasil, Silva, Sousa e Wada (2004) verificaram que somente 1% dos adultos necessitava de próteses totais superiores e inferiores. Já para idosos, estas necessidades foram de 48,5% e 45,5%, respectivamente. Houve alta prevalência de edentulismo nos idosos, que apresentaram, em média, apenas um dente hígido, enquanto melhores condições de saúde bucal foram encontradas nos adultos. A porcentagem

de edêntulos foi de 74,3% para os idosos e 8,9% para os adultos, sendo a média de dentes presentes de 3,2 e 22,1, respectivamente.

Em estudo de Colussi, Freitas e Calvo (2004) realizado em Biguaçu, Santa Catarina – Brasil, com relação ao percentual de edêntulos, a distribuição por faixa etária mostrou uma prevalência de 45% nos indivíduos com 60 a 74 anos e de 61% naqueles com 75 anos ou mais. Somente quatro (1,4%) dos 277 idosos examinados não necessitavam qualquer tipo de prótese. Tanto o uso como a necessidade de prótese tiveram maior percentagem para a prótese total com relação às outras condições protéticas, correspondendo ao uso cerca de 60,3% para o arco superior, 27% para o arco inferior e, para necessidade, cerca de 47,7% para o arco superior e 42,6% para o arco inferior.

2.7.3 Doença periodontal

No estudo de Rosa et al. (1992) com idosos de 60 anos ou mais na cidade de São Paulo - Brasil, as condições periodontais em ambos os grupos foram graves. Nos domicílios 50% dos sextantes examinados necessitavam de tratamento complexo. Ao passo que nas instituições este percentual elevou-se para 67%. Nos Estados Unidos, 22% dos idosos necessitavam tratamento mais complexo e, na Nova Zelândia, 41% (FDI, 1990).

No Rio de Janeiro - Brasil, 12,6% no grupo de terceira idade, usuários da OCM, apresentavam bolsas periodontais com 6mm ou mais (CHAGAS; NASCIMENTO; SILVEIRA, 2000).

Em Araraquara, São Paulo - Brasil, o percentual em idosos freqüentadores de um centro de saúde era de 34,7% para bolsas periodontais profundas. As pessoas apresentaram baixa percepção dos problemas bucais; 60,8% e 81,3% dos examinados declararam não ter

nenhum problema em seus dentes ou gengiva, respectivamente (SILVA; FERNANDES, 2001).

Em Piracicaba, SP - Brasil, a condição periodontal mais prevalente foi o cálculo (SILVA et al., 2002). A amostra constituída por 61 idosos freqüentadores de grupos de terceira idade apresentou perda de inserção periodontal (PIP) entre 0 e 3mm.

2.8 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES.

A transição demográfica que hoje o Brasil atravessa em ritmo acelerado ajuntou-se ao crescimento da demanda por instituições de longa permanência. Idosos residentes em comunidade nas principais capitais brasileiras apresentam alta prevalência de fatores de risco para institucionalização: doenças crônico-degenerativas e suas seqüelas; hospitalização recente e dependência para realizar atividades da vida diária (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999).

A internação do idoso em uma instituição de longa permanência é a alternativa em certas situações: necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estádios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados. Tal subjetividade transforma a decisão de internar numa função da disponibilidade de assistência domiciliar provida pelo tripé família – Estado – sociedade (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999).

Em um levantamento em 33 asilos de idosos em Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil, as taxas de institucionalização foram 0,9% para mulheres e 0,35% para homens (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999). Dentre os 1.128 residentes, as mulheres (81%)

apresentavam maiores médias de idade (76,4 x 70,4 anos) e de tempo de institucionalização (5,6 x 4,5 anos). A lotação mediana dos asilos era de 92%.

Lemasney e Murphy (1984) investigaram as condições das próteses e o número de dentes presentes em 368 pacientes idosos de dois hospitais geriátricos em Limerick, Irlanda. A média de idade dos pacientes foi 77 anos, variando entre 58-99 anos. Dos examinados, 78% eram edêntulos, mas apenas 27% dos edêntulos usavam próteses superior e inferior; 18% usavam apenas prótese superior; 21% possuíam a prótese, mas já não a usavam, e 33% nunca tinham usado dentadura. Somente 44% tinham algum dente presente na maxila e na mandíbula, 20% destes tinham dentes suficientes para função mastigatória. Poucos pacientes, edêntulos ou dentados, reclamaram de algum problema, embora 27 tivessem sentido a necessidade de extração de um ou mais dentes.

Um estudo epidemiológico no oeste da Austrália com pacientes total e parcialmente dependentes, em 26 instituições de amparo e um hospital, revelou que, de 1.144 pacientes, 745 (65,1%) eram desdentados, 705 (61,6%) necessitavam de prótese, 565 (49,4%) de tratamento periodontal, 47% necessitavam de tratamento restaurador e 29% estavam com extração indicada (STOCKWELL, 1987). Não foi observada diferença significativa nas necessidades de tratamento dos pacientes parcial ou totalmente dependentes.

Strübig e Depping (1992) examinaram 458 pessoas institucionalizadas com 60 anos ou mais com pelo menos uma peça dentária remanescente na Alemanha. O grupo mais idoso, de mais de 75 anos, institucionalizado, apresentou a maior média de faces dentárias cariadas e perdidas e a menor média de faces restauradas.

Em residentes de 31 casas de saúde fora da cidade de Washington (representando 11% de todas as instalações do Estado), os problemas periodontais foram ligeiramente mais prevalentes do que as cáries radiculares (43% e 36%, respectivamente) entre os idosos

dentados (KIYAK et al., 1993). A xerostomia foi encontrada em 10% dos residentes. A única necessidade grande entre os idosos dentados foi a higiene bucal de rotina (72%); enquanto para os que usavam dentaduras a necessidade primária era o ajustamento das próteses frouxas (46,4%). As condições orais foram piores nas grandes instalações rurais, comunidades de tamanho moderado e sob a direção de propriedades corporativas.

Um estudo comparativo sobre o nível de edentulismo e cárie dentária em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra (um hospital geriátrico em Londres, Inglaterra, e uma instituição geriátrica em Porto Alegre, Brasil) revelou saúde bucal precária em ambos (PADILHA; SOUZA, 1997). A idade média entre os brasileiros era 73,6 anos e entre os ingleses 82 anos. Foi observado que o grupo inglês tinha maior percentagem de edentulismo, 66,7% contra 43,1% entre os brasileiros. Quando excluídos os indivíduos edentados, a média de dentes entre os idosos ingleses foi de 9,93 contra 8,54 entre os brasileiros. A porcentagem de dentes cariados brasileiros foi de 39,9% e entre os ingleses, 22,6%.

Knabe e Kram (1997) realizaram um estudo epidemiológico na cidade de Berlim (Alemanha) em nove instituições, totalizando 394 pacientes. A idade média destes era de 84,9 anos, sendo que 87,3% eram do sexo feminino. Os resultados demonstraram que os pacientes em casas geriátricas não eram submetidos a exames odontológicos de rotina. A saúde oral foi suficiente em apenas 12,6% dos pacientes e a higiene das próteses em 45% dos casos. Apenas 37,6% das dentaduras tinham retenção e estabilidade adequadas. Em 80% dos pacientes o tratamento odontológico era necessário.

Ditterich et al. (2004) avaliaram 107 internos em cinco casas de repouso da cidade de Curitiba – PR, Brasil, por meio de entrevista e exame clínico bucal. Destes, 56 (52,3%) eram edêntulos totais e 51 (47,6%) eram edêntulos parciais. Dos edêntulos totais, 44 (79%) faziam uso de pelo menos uma prótese total que, na maioria das vezes, se apresentava gasta

pelo tempo de uso; 12 pacientes (21%) não usavam nenhum tipo de prótese. Na avaliação da condição da higiene bucal, 97 pacientes (90,6%) apresentavam higienização deficiente tanto dos dentes como da prótese, com presença de placa bacteriana, cálculo e restos alimentares. Quanto à visita ao dentista, 25 pacientes institucionalizados tinham visitado o cirurgião-dentista há mais de cinco anos e 40 não se recordavam de quando teria sido sua última visita. Quatro instituições não encaminhavam seus asilados para tratamento dentário e não mantinham o serviço dentro da instituição. A má condição de higiene bucal dos idosos examinados prevaleceu, indiscriminadamente, tanto em dentes ou em próteses, em virtude da falta de conhecimento e motivação dessas pessoas.

Saliba et al. (1999) investigaram 97 pacientes residentes em instituições de amparo aos idosos no Município de Araçatuba, São Paulo - Brasil. Destes, 52,6% eram do sexo masculino. Foram encontrados 69% de desdentados totais. Dos dentados, 11,6% tinham dentes cariados, 9,76% tinham extração indicada e 58% necessitavam de tratamento periodontal, 48% eram portadores de prótese total e 52% não usavam prótese.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

➤ Analisar as condições de saúde bucal nos idosos residentes na Instituição Filantrópica Lar Torres de Melo, no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

➤ Descrever as características socioeconômicas e demográficas e as condições de saúde geral dos idosos, de ambos os sexos, da Instituição Lar Torres de Melo.

➤ Descrever a prevalência e gravidade da cárie dentária, necessidade de tratamento; doença periodontal; uso e necessidade de prótese nos idosos.

➤ Identificar a presença ou não de alterações de tecido mole na cavidade bucal dos idosos.

➤ Identificar os cuidados e as práticas dos idosos com relação à saúde bucal.

➤ Identificar fatores associados ao elevado índice CPO-D (Índice dentes cariados, perdidos, obturados).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Instituição Lar Torres de Melo em Fortaleza, Ceará - Brasil. O Lar Torres de Melo é uma associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter exclusivo de assistência social e promoção humana. Ela sucede a associação civil denominada Asilo de Mendicidade do Ceará, fundada em 10 de agosto de 1905.

A finalidade da entidade é prestar assistência integral às pessoas idosas carentes, de ambos os sexos, a partir dos 60 anos, em regime de internato; proporcionar, em regime aberto, atendimento ao idoso, favorecendo sua permanência na família e comunidade; humanizar o trabalho, aprimorando sua qualidade e procurando envolver a família e comunidade.

Os recursos são provenientes de convênios com os gestores no plano federal (Serviço de Ação Continuada), estadual (Subvenção Social) e municipal (Ação Continuada). A diferença entre a receita fixa, oriunda de recursos públicos, e a despesa por idoso fica à mercê de doações, recursos próprios e parte do benefício dos idosos aposentados.

A Instituição tem capacidade de abrigar 250 idosos, os quais são assistidos por uma equipe multiprofissional, entre médicos, enfermeiras, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e assistente social. Dispõe de área residencial com capacidade para 130 idosos e duas alas de enfermaria: uma masculina com capacidade para 55 internos e uma feminina para abrigar 65 internas, disponibilizando uma assistência integral aos idosos.

A Instituição, entretanto, é desprovida de assistência odontológica, mesmo tendo sido instalado um consultório dentário, doado pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO).

A Instituição Lar Torres de Melo foi considerada representativa para o Município de Fortaleza/CE -BR, em razão da sua estrutura física e organizacional e por ser uma entidade que acolhe um maior número de idosos.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população-alvo foi constituída pelos indivíduos residentes na Instituição Lar Torres de Melo, no período de agosto a novembro de 2004, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos. Do total de 221 residentes da Instituição, 168 pertenciam a esta faixa etária.

4.3 DESENHO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo do tipo transversal. Este se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em única oportunidade para a obtenção da coleta de dados (MEDRONHO, 2003). Para a coleta de dados, utilizaram-se prontuários, questionários estruturados e fichas clínicas odontológicas.

No primeiro momento, foi pesquisado o prontuário para obtenção de variáveis socioeconômicas, demográficas e as condições de saúde geral (Tabela 1). Depois foi aplicado o questionário para obtenção de informações sobre os cuidados e as práticas dos idosos em relação à saúde bucal (Tabela 2). Em seguida, foi realizado exame clínico para avaliar as condições de saúde bucal em relação à cárie dentária e necessidade de tratamento, doença

periodontal, uso e necessidade de prótese e a presença ou não de alterações de tecido mole na cavidade bucal dos idosos (Tabela 3).

Tabela 1: Variáveis socioeconômicas e demográficas.

Variável	Indicador
Idade	Anos
Sexo	Masculino/feminino
Estado civil	Solteiro/casado/viúvo/separado/separado judicialmente
Instrução educacional	Analfabeto/alfabetizado/E.F.incompleto/E.F.completo/E.M.incompleto/E.M.completo/Ensino Superior
Aposentado/pensionista	Não/sim
Renda pessoal	Sem renda/ até um salário mínimo/ acima de um salário mínimo
Capacidade funcional	Independente/parcialmente dependente/totalmente dependente
Condições de saúde geral	Doenças prevalentes/ orientação tempo-espaço/deambulação
Motivo do internamento	Impossibilidade de assistência familiar/iniciativa própria/inexistência de familiares/abandono familiar
Necessidade de cuidador da Instituição	Não/sim
Contato com membros familiares/responsáveis	Não/sim
Leito de enfermaria	Não/sim
Data de admissão	Dia/mês/ano

Tabela 2: Variáveis dos cuidados e práticas em saúde bucal.

Variável	Indicador
Realização da higiene bucal	Não/sim
Responsável pela higiene bucal	Não faz/ idoso/ cuidador
Orientações sobre higiene bucal	Não/ sim/ ignorado
Frequência da escovação	Nenhuma vez/ uma vez/ duas vezes/ três ou mais/ ignorado
Recursos para escovação	Nada/ escova+bochecho/ escova+pasta/ escova+pasta+fiodental/ algodão umedecido+pasta+paleta/pasta+bochecho/ bochecho com água/ ignorado
Escovação da língua	Não/sim
Visita ao dentista nos últimos três meses	Não/sim
Motivo da última visita ao dentista	Nunca foi/ dor de dente/ consulta de rotina/ extração de dente/ piorrécia/ colocação de prótese/ obturação/ outros/ não se lembra/ ignorado
Percepção da necessidade de tratamento	Não/sim/ ignorado

Tabela 3: Variáveis do exame clínico bucal.

Variável	Indicador
Índice CPO-D	Soma de dentes cariados, perdidos e obturados
Condição da raiz dentária	Raízes expostas (hígidas, cariadas, obturadas) / raízes não expostas
Necessidade de tratamento para cárie dentária	Não necessita/ restauração/ coroa/ faceta estética/ pulpar + restauração/ extração/ remineralização mancha branca
Índice Periodontal Comunitário (CPI)	Sextantes excluídos/ sadios/ com sangramento/ com cálculo/ com bolsa 4-5mm/ com bolsa \geq 6mm
Uso de prótese	Não usa/ uma ponte fixa/ + de uma ponte fixa/ PPR/ prótese fixa+PPR/ prótese total
Necessidade de prótese	Não necessita/ um elemento/ mais de um elemento/ combinação de prótese/ prótese total
Presença de alterações de tecido mole	Não/sim

Em todos os participantes do estudo foram seguidas as etapas da seguinte ordem:

1. Consentimento escrito pós-informação.
2. Pesquisa de dados nos prontuários.
3. Aplicação de questionário estruturado.
4. Exame clínico odontológico.
5. Encaminhamento para serviços odontológicos, caso necessário.

Para excluir viés de interobservador, a coleta de dados nos prontuários, a aplicação do questionário e o exame clínico bucal foram realizados por uma única pesquisadora calibrada.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizada a análise de registros, ou seja, os prontuários dos idosos para obter informações inerentes às características socioeconômicas e demográficas e as condições de saúde geral do idoso. A ficha de coleta de dados nos prontuários encontra-se no Anexo A.

Foi aplicado um questionário estruturado pré-testado, direcionado aos participantes do estudo, ou ao cuidador responsável, em caso de impossibilidade de resposta pelo idoso (ANEXO B). O questionário foi elaborado com onze questões objetivas, tendo sido pré-testado em dez idosos residentes na instituição pesquisada, mas que não constituíam a população-alvo.

Para o exame clínico bucal, foi utilizada uma ficha clínica odontológica adaptada do manual do examinador do Projeto SB2000 (BRASIL, 2001) para faixa etária de 65-74 anos (ANEXO C).

4.5 EXAME CLÍNICO BUCAL

O exame clínico foi realizado utilizando como instrumento o espelho bucal plano e a sonda periodontal milimetrada CPI (Índice Periodontal Comunitário) preconizada pela OMS para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada sentados. No caso de impossibilidade de sentar-se, o idoso foi examinado deitado, sem ocasionar nenhum desconforto.

De forma sistemática, o exame clínico teve início pelo terceiro molar até o incisivo central do hemiarco superior direito (18 ao 11), em seguida passando para o incisivo central esquerdo até o terceiro molar do hemiarco superior esquerdo (21 ao 28), indo para o terceiro molar esquerdo até o incisivo central do hemiarco inferior esquerdo (38 ao 31), por fim, indo para o incisivo central inferior direito até o terceiro molar do hemiarco inferior direito (41 ao 48) (BRASIL, 2001).

Três aspectos em cada espaço dentário foram analisados: as condições da coroa e da raiz e a necessidade de tratamento. Após o exame de cada espaço, o examinador anotou os três respectivos códigos e passou ao espaço dentário seguinte. Os códigos e critérios para a dentição permanente foram adaptados do manual do examinador do Projeto SB2000 (BRASIL, 2001).

O exame clínico foi realizado pela pesquisadora, calibrada e treinada para a função de examinadora no levantamento epidemiológico SB2000, ocorrido no Município de Sobral/CE - BR.

4.5.1 Cárie dentária

Os códigos e critérios para descrição da situação de cárie dentária utilizados foram adaptados do manual do examinador do Projeto SB2000 (BRASIL, 2001), conforme as necessidades do estudo e estão resumidos na Tabela 4.

Tabela 4: Códigos para cárie dentária adaptados para o estudo.

Código		Condição/estado
Coroa	Raiz	
0	0	Hígido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado, mas com cárie
3	3	Restaurado e sem cárie
4	9	Perdido devido à cárie
5	9	Perdido por outras razões
6	Não se aplicou	Não se aplicou
7	7	Apoio de ponte ou coroa
8	8	Não erupcionado – raiz não exposta
T	Não se aplicou	Trauma (Fratura)
9	9	Dente excluído

Fonte: Adaptado Brasil, 2001

Coroa hígida (0): não houve evidência de cárie. Estádios iniciais da doença não foram levados em consideração. Além disso, os seguintes sinais foram codificados como hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentassem sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; e
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame táctil/visual, resultassem de abrasão.

Raiz hígida (0): a raiz foi exposta e não houve evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas foram codificadas como “8”). Todas as lesões questionáveis foram codificadas como dente hígido.

Coroa cariada (1): sulco, fissura ou superfície lisa apresentou cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou ocorreu uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI foi empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, foi considerado dente hígido.

Raiz cariada (1): a lesão foi detectada com a sonda CPI. Se houve comprometimento radicular discreto, produzido por lesão proveniente da coroa, a raiz só foi considerada cariada se houve necessidade de tratamento radicular em separado. Quando a coroa foi

completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, foi colocado o código “1”, como recomendado pela OMS.

Coroa restaurada, mas cariada (2): houve uma ou mais restaurações e, ao mesmo tempo, uma ou mais áreas estavam cariadas.

Raiz restaurada, mas cariada (2): similar a coroa restaurada, mas cariada. Em situações nas quais a coroa e a raiz estavam envolvidas, a localização mais provável da lesão primária foi registrada como restaurada, mas cariada. Quando não foi possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz foram registradas como restauradas, mas com cárie.

Coroa restaurada e sem cárie (3): houve uma ou mais restaurações definitivas e inexistiu cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada em virtude de cárie foi incluído nesta categoria. Se a coroa resultava de outras causas, como suporte de prótese, foi codificada como “7”.

Raiz restaurada e sem cárie (3): similar a coroa restaurada e sem cárie. Em situações nas quais coroa e raiz estavam envolvidas, a localização mais provável da lesão primária foi registrada como restaurada. Quando não foi possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz foram registradas como restauradas.

Dente perdido devido à cárie (4): um dente permanente foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição foi registrada na casela correspondente à coroa. Nesses casos, o código registrado na casela correspondente à raiz foi “9” ou “7” (quando houvesse implante no lugar).

Dente perdido por outra razão (5): ausência foi registrada em caso de razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas. Nesses casos, o código registrado na casela correspondente à raiz foi “7” ou “9”.

Apoio de ponte ou coroa (7): indicava um dente que era parte de uma prótese fixa. Este código foi também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa foram codificados, na casela da condição da coroa, com “4” ou “5”, enquanto o código “9” foi lançado na casela da raiz. Em caso de implante, foi registrado este código “7” na casela da raiz.

Coroa não erupcionada (8): quando o dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não incluiu dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

Raiz não exposta (8): não houve exposição da superfície radicular, isto é, não houve retração gengival para além da junção cimento-esmalte.

Trauma/Fratura (T): parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não houve evidência de cárie.

Dente excluído (9): aplicado a qualquer dente permanente que não pôde ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc).

4.5.2 Necessidade de tratamento

Os códigos para necessidade de tratamento da cárie dentária utilizados neste estudo foram adaptados do manual do examinador do Projeto SB2000 (BRASIL, 2001) e estão resumidos na Tabela 5.

Tabela 5: Resumo dos códigos para necessidade de tratamento utilizados no estudo.

Código	Necessidade de tratamento
0	Nenhum
1	Restauração de uma superfície
2	Restauração de duas ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer outra razão
4	Faceta estética
5	Pulpar e restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
9	Sem informação

Fonte: Adaptado Brasil, 2001

Segue o detalhamento de umas condições descritas na Tabela 5.

Nenhum tratamento (0): a coroa e a raiz estavam hígdas, ou o dente não podia ou não devia ser extraído ou receber qualquer outro tratamento.

Tratamento pulpar e restauração (5): o dente necessitou de tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, em razão da cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.

Extração (6): um dente foi registrado como indicado para extração, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando:

- a cárie destruiu o dente de tal modo que não foi possível restaurá-lo;
- a doença periodontal progrediu tanto que o dente ficou com mobilidade, houve dor ou dente estava sem função e, no julgamento clínico do examinador, não podia ser recuperado por tratamento periodontal; e
- um dente precisava ser extraído para confecção de uma prótese.

Sem informação (9): quando não foi possível definir a necessidade de tratamento do dente. Via de regra, quando a condição da coroa foi “9” (dente excluído), assinalou-se “9” também na necessidade de tratamento. Na condição em que a coroa foi considerada não erupcionada (8) ou dente perdido (4 ou 5), também foi assinalado “9” na casela referente à necessidade de tratamento.

Os códigos 1 (restauração de uma superfície), 2 (restauração de 2 ou mais superfícies) e 7 (remineralização de mancha branca) foram usados para indicar o tratamento necessário para:

- tratar as cáries iniciais, primárias ou secundárias;
- tratar a descoloração de um dente ou um defeito de desenvolvimento;
- reparar o dano causado por trauma, abrasão, erosão ou atrição;

- substituir restaurações insatisfatórias;
- excesso marginal, causando irritação local do tecido gengival; e
- fratura.

4.5.3 Doença periodontal

O exame clínico da condição periodontal foi feito de acordo com o manual do examinador do Projeto SB2000 (BRASIL, 2001), para determinar os sextantes, os dentes-índices, o exame, os registros e os códigos. Para realizar o exame, utilizou-se sonda específica, denominada sonda CPI, com esfera de 0,5mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5mm e 5,5mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5mm da ponta do instrumento (Figura 1).

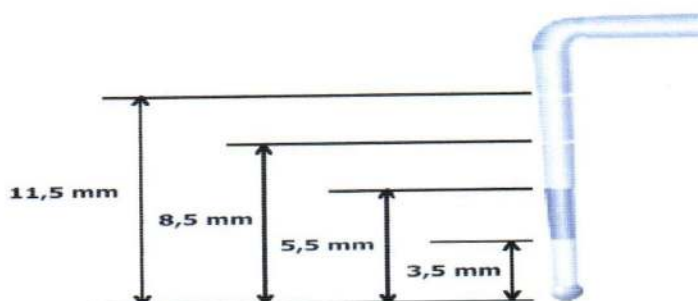


Figura 1: Sonda CPI, ilustrando marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda (BRASIL, 2001).

A boca foi dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48 (Figura 2). A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (por exemplo, comprometimento de furca, mobilidade etc.), foi pré-requisito ao exame do

sextante. Sem isso, o sextante foi cancelado (quando houve, por exemplo, único dente presente).

Foram considerados os seguintes dentes-índices para cada sextante: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47 (se nenhum deles estivesse presente, eram examinados todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares), conforme Figura 2.

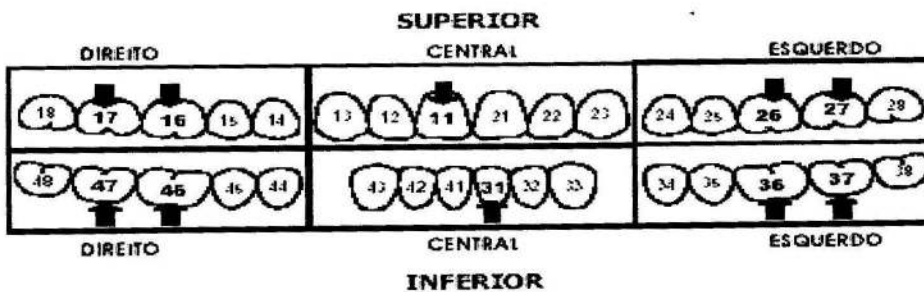


Figura 2. Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para CPI (BRASIL, 2001).

Foram examinados seis pontos em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame foram iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área méso-vestibular. Após, foram inspecionadas as áreas linguais, indo da distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular.

Embora 10 dentes tenham sido examinados, apenas seis anotações foram feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada. Quando não houve no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, foi cancelado o sextante, registrando um “X”.

Foi aplicado o Índice Periodontal Comunitário (CPI) para avaliar a condição periodontal quanto a higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa (OMS, 1999).

Os códigos utilizados no CPI estão detalhados na Figura 3 e Tabela 6.

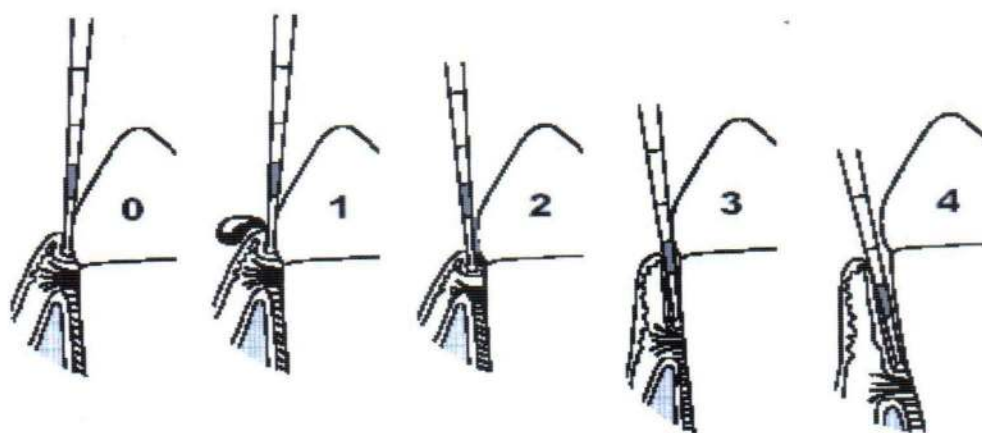


Figura 3. Codificação do Índice Periodontal Comunitário (CPI), ilustrando a posição da sonda para o exame (BRASIL, 2001).

Tabela 6: Códigos utilizados no Índice Periodontal Comunitário (CPI).

Código	Doença periodontal
0	Sextante hígido
1	Sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem)
2	Cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível)
3	Bolsa de 4mm a 5mm (margem gengival na área preta da sonda)
4	Bolsa de 6mm ou mais (área preta da sonda não está visível)
X	Sextante excluído (menos de dois dentes presentes)
9	Sextante não examinado

4.5.4 Prótese dentária

A situação quanto às próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, as quais tiveram como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo podia estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar de prótese(s). Foram assinalados o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior (BRASIL, 2001).

Os códigos e critérios para o uso de prótese utilizados neste estudo foram adaptados do manual do examinador do Projeto SB2000 (BRASIL, 2001) e estão apresentados na Tabela 7 e Figura 4.

Tabela 7: Códigos para o uso de prótese utilizados no estudo.

Código	Situação de prótese dentária
0	Não usava prótese dentária
1	Usava uma ponte fixa
2	Usava mais do que uma ponte fixa
3	Usava uma prótese parcial removível
4	Usava uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
5	Usava prótese dentária total
9	Sem informação

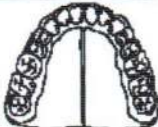
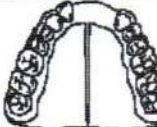
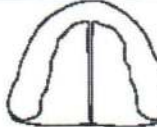
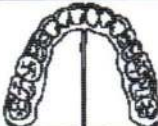
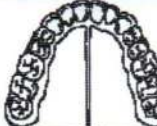
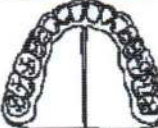

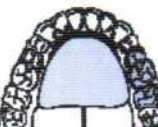


Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

Figura 4: Códigos e critérios para uso de prótese (BRASIL, 2001).

Para descrição de necessidade de prótese dentária foram utilizados os códigos detalhados na Tabela 8 e Figura 5.

Tabela 8: Códigos para necessidade de prótese utilizados no estudo.

Código	Situação de prótese dentária
0	Não necessitava de prótese dentária
1	Necessitava, uma prótese fixa ou removível, para substituição de um elemento
2	Necessitava, uma prótese fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento
3	Necessitava uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento
4	Necessitava de prótese dentária total
9	Sem informação


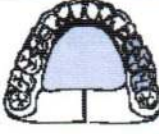





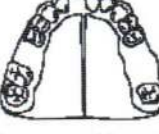
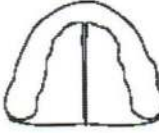
Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 <p>Todos os dentes presentes</p>  <p>Espaços protéticos presentes com prótese</p>  <p>Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <u>fixa</u> ou <u>removível</u> , para substituição de <u>um</u> elemento	 <p>Espaço protético unitário anterior</p>  <p>Espaço protético unitário posterior *</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <u>fixa</u> ou <u>removível</u> , para substituição de <u>mais de um</u> elemento	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p>  <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <u>fixas</u> e/ou <u>removíveis</u> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

Figura 5: Códigos e critérios para necessidade de prótese (BRASIL, 2001).

4.5.5 Alterações de tecido mole

Assinalou-se na casela a presença de qualquer alteração de tecido mole, a partir de ausência (0), presença (1) e sem informação (9), sem outra especificação (BRASIL, 2001).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados, checados para erros e inconsistências e parcialmente analisados no programa Epi Info 6.04d (CDC, Atlanta). Uma análise descritiva das principais variáveis foi acompanhada por uma análise comparativa, buscando associações entre as variáveis independentes e dependentes, mediante testes estatísticos bivariados (testes T e Kruskal-Wallis) e multivariado (regressão linear múltipla).

A elaboração do modelo de regressão foi iniciada pela análise univariada, onde aqueles indicadores para os quais o CPO-D apresentava significância menor que 0,25 ($p < 0,25$) foram introduzidos no modelo de regressão linear múltipla. A estimativa dos parâmetros da regressão foi produzida de acordo com o método dos mínimos quadrados, eliminação *backward*. O modelo final foi avaliado pelo coeficiente de determinação (R^2). A metodologia descrita foi implementada utilizando o *software* Stata 8.0 (Stata Corporation, USA).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará (Protocolo nº 185/04) (ANEXO D).

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os aspectos éticos foram respeitados, sendo esclarecido o objetivo do estudo para a Instituição Lar Torres de Melo e para os idosos interessados em participar da pesquisa. A autorização para a consulta aos prontuários, para a aplicação do questionário estruturado e realização do exame bucal foi obtida por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela direção da Instituição (ANEXO E) e pelos participantes, ou responsáveis legais - no caso de idosos analfabetos ou impossibilitados de assinar (ANEXO F).

Todos os dados colhidos foram manuseados em sigilo. Os nomes dos integrantes da pesquisa não apareceram em publicações nem foram acessíveis a terceiros. Os dados somente foram utilizados para fins dessa pesquisa.

Os idosos que necessitaram de tratamento odontológico foram encaminhados para serviços de Odontologia na Universidade Federal do Ceará (UFC), no Serviço Social da Indústria (SESI) e na Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro. Orientações sobre cuidados e manutenção de uma boa saúde bucal foram repassadas aos idosos e aos cuidadores pela pesquisadora.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados a seguir em seções secundárias para uma melhor apresentação dos dados.

5.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Dos 168 idosos da população-alvo, oito não aceitaram participar do estudo. A amostra final foi constituída por 160 idosos institucionalizados com idade a partir de 65 anos, residentes em um asilo na cidade de Fortaleza/CE - BR. A idade média dos 160 participantes foi de aproximadamente 77 anos e a média de tempo dos idosos na instituição foi de 8,2 anos (Tabela 9).

Tabela 9. Valores descritivos da idade e tempo na instituição de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	76,6	8,6	65	100
Tempo na instituição (anos)	8,2	8,8	0,1	49,9

Quanto ao sexo, 81 (50,6%) idosos eram do sexo masculino e 79 (49,4%) do sexo feminino. Grande parte dos idosos era de solteiros (38,8%), analfabetos (40,6%) e com uma renda de um salário mínimo, proveniente de aposentadoria ou pensão (91,3%) (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição da frequência absoluta e percentual das características socioeconômicas e demográficas de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Características	n	%
Sexo		
Masculino	81	50,6
Feminino	79	49,4
Faixa etária		
65 - 74 anos	75	46,9
75 - 84 anos	56	35,0
≥ 85 anos	29	18,1
Estado Civil		
Solteiro	62	38,8
Casado	19	11,9
Viúvo	50	31,3
Separado/separado judicialmente	29	18,1
Tempo na instituição		
0 - 5 anos	85	53,1
6 - 10 anos	32	20,0
> 10 anos	43	26,9
Instrução educacional		
Analfabeto	65	40,6
Alfabetizado	48	30,0
Ensino Fundamental incompleto	30	18,8
Ensino Fundamental completo	3	1,9
Ensino Médio incompleto	2	1,3
Ensino Médio completo	3	1,9
Ensino Superior	4	2,5
Ignorado	5	3,1
Aposentado/pensionista		
Não	14	8,8
Sim	146	91,3
Renda pessoal		
Sem renda	12	7,5
Um salário mínimo	146	91,3
> um salário mínimo	2	1,2

A metade dos idosos envolvidos na pesquisa mantinha contato com membros familiares ou responsáveis. Dentre os motivos do internamento, a causa predominante encontrada foi a impossibilidade de assistência familiar (40%). No entanto, 30,6% tiveram iniciativa própria, 16,9% não possuíam família e 12,5% tinham sido abandonados pela família.

Quanto às condições de saúde geral, 43 (26,9%) idosos sofriam de hipertensão (Figura 6).

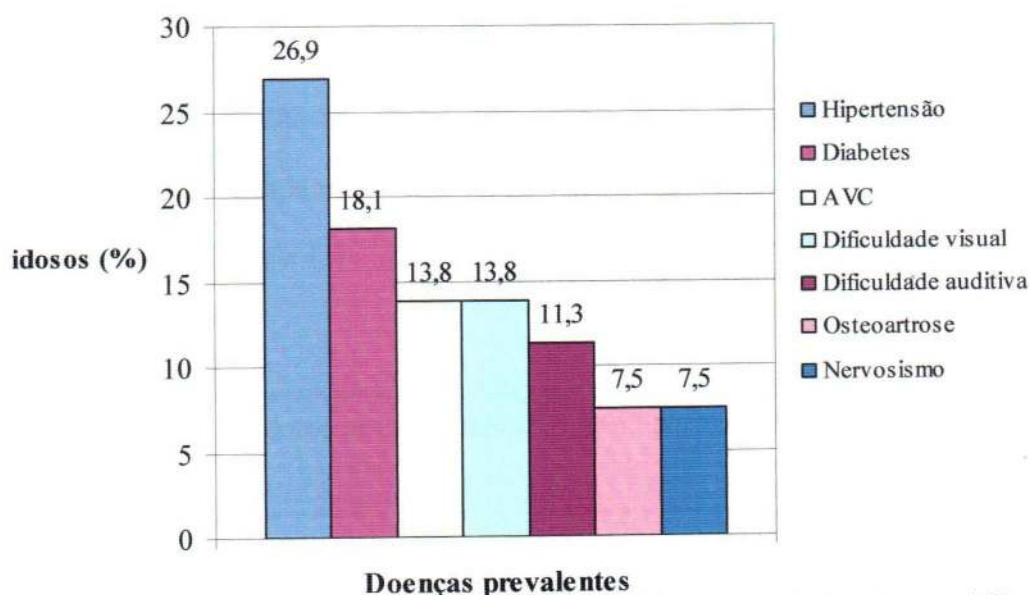


Figura 6: Distribuição percentual das principais doenças encontradas nos 160 institucionalizados em um asilo de idosos no município de Fortaleza - Ceará, 2004.

A maioria dos idosos (53,1%) deambulava normalmente, no entanto 46,9% não deambulavam ou apresentavam dificuldade; 105 (65,6%) eram orientados no tempo e espaço, enquanto os demais (34,4%) eram parcial ou totalmente desorientados. Analisando a capacidade funcional, observou-se que 85 (53,1%) apresentavam total independência e 75 (46,9%) eram parcial ou totalmente dependentes. Em relação ao cuidador, 83 (51,9%)

indivíduos não necessitavam do seu auxílio, ao contrário dos 77 (48,1%) restantes. O mesmo percentual foi encontrado quanto à internação no leito de enfermaria, onde 83 (51,9%) idosos estavam internados.

5.2 EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA DAS CONDIÇÕES E HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS

5.2.1 Condição dentária e necessidade de tratamento

O CPO-D médio dos idosos asilados foi bastante elevado, com valor de 29,73, em que o componente dente perdido apresentou o maior valor (28,42). Dos indivíduos examinados, 109 (68,1%) apresentaram um CPO-D igual a 32, o que significa que não possuíam nenhum dente hígido; 93 idosos (58,1%) eram totalmente desdentados e quase 90% dos dentes estavam perdidos (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição da frequência absoluta, percentual e média, por indivíduo, da condição dentária de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Condição dentária	n	%	Média por indivíduo
Dentes perdidos	4547	88,8%	28,42
Dentes presentes	573	11,2%	3,58
Dentes hígidos	363	63,4%*	2,27
Dentes cariados	184	32,1%*	1,15
Dentes obturados	23	4,0%*	0,14
Dentes obturados/cariados	3	0,5%*	0,02

(*) Dos dentes presentes

Observou-se que cinquenta e seis (35%) participantes apresentavam um total de 281 dentes com raízes expostas. Destas, 16% estavam cariadas ou obturadas (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição da frequência absoluta, percentual e média, por indivíduo, da condição das raízes dentárias (n=573) em idosos dentados (n=67) de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Condição das raízes	n	%	Média por indivíduo
Raízes não expostas	292	50,9%	4,36**
Raízes expostas	281	49,1%	4,19**
Raízes híginas	236	84%*	3,52**
Raízes cariadas	41	14,6%*	0,61**
Raízes obturadas	04	1,4%*	0,06**

(*) Das raízes expostas

(**) Dos indivíduos dentados (n=67)

Dos 67 idosos que possuíam pelo menos um dente, 54 necessitavam de extração dentária, em razão da necessidade protética ou por estado avançado de cárie dentária (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição da frequência absoluta e percentual dos 67 idosos dentados de 65 anos e mais segundo a necessidade de tratamento dentário em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Necessidade de tratamento	n	%
Extração	54	80,6%
Restauração	23	34,3%
Coroa	3	4,4%

Dos 573 dentes presentes, 256 (44,7%) necessitavam de algum tipo de tratamento, sendo 194 (75,8%) para extração dentária. Não foram observadas necessidades de tratamento pulpar, faceta estética ou remineralização de mancha branca (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição da frequência absoluta, percentual e média, por indivíduo, da necessidade de tratamento dos dentes presentes (n=573) em idosos dentados (n=67) de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Tipo de tratamento	n	%	Média por indivíduo
Não necessita	317	55,3%	4,73**
Necessita	256	44,7%	3,82**
Extração	194	75,8%*	2,89**
Restauração	54	21,1%*	0,80**
Coroa	8	3,1%*	0,12**
Faceta estética	0	-	-
Tratamento pulpar + restauração	0	-	-
Remineralização mancha branca	0	-	-

(*) Dos dentes com necessidade de tratamento (n=256)

(**) Dos indivíduos dentados (n=67)

5.2.2 Condição periodontal

Quanto à condição periodontal, dos 960 sextantes, 843 (87,8%) foram excluídos por possuírem menos de dois dentes presentes ou estarem indicados para extração. Dos 117

sextantes presentes nos 160 indivíduos, apenas 13 (11,1%) eram sádios; a maioria (83,8%) apresentava cálculo dentário (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição da frequência absoluta, percentual e média, por indivíduo, da condição periodontal dos sextantes em 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Condição periodontal	n	%	Média por indivíduo
Sextantes excluídos	843	87,8%	5,27
Sextantes presentes	117	12,2%	0,73
Sadio	13	11,1%*	0,27**
Cálculo	98	83,8%*	2,08**
Sangramento	5	4,3%*	0,10**
Bolsa 4-5mm	1	0,8%*	0,02**
Bolsa \geq 6mm	0	-	-

(*) Dos sextantes presentes

(**) Dos indivíduos com sextantes presentes (n=47)

Dos 47 idosos (29,4%) que possuíam pelo menos um sextante na boca, a maioria (97,8%) apresentava cálculo dentário. Bolsas profundas não foram encontradas (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição da frequência absoluta e percentual da condição periodontal em idosos institucionalizados com pelo menos um sextante presente (n=47) em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Condição periodontal	n	%
Sextantes excluídos	113	70,6%
Sextantes presentes	47	29,4%
Sadio	10	21,3%*
Cálculo	46	97,8%*
Sangramento	4	8,5%*
Bolsa 4-5mm	1	2,1%*
Bolsa \geq 6mm	0	-

(*) Dos indivíduos com sextantes presentes

O sextante inferior esquerdo apresentou maior percentual de exclusão (92,5%) e apenas um sextante inferior direito apresentou bolsa periodontal. A condição dos sextantes está detalhada na Tabela 17.

Tabela 17: Distribuição percentual da condição periodontal de cada sextante em 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Condição periodontal	Sextantes					
	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Excluído	91,9%	88,1%	90,6%	92,5%	74,4%	89,4%
Sadio	0,6%	4,4%	0,6%	0,6%	1,3%	0,6%
Sangramento	0,6%	-	0,6%	0,6%	-	1,3%
Cálculo	6,9%	7,5%	8,1%	6,3%	24,4%	8,1%
Bolsa 4-5mm	-	-	-	-	-	0,6%
Bolsa \geq 6mm	-	-	-	-	-	-

5.2.3 Uso e necessidade de prótese

Em relação ao uso de prótese, 46 (28,8%) idosos usavam prótese total superior e 27 (16,9%) prótese total inferior. Apenas dois usavam prótese parcial removível (PPR) superior e 3 usavam PPR na arcada inferior. Quanto à necessidade de prótese, apenas 25 idosos (15,6%) não tinham necessidade do uso de nenhum tipo de prótese superior e 18 (11,3%) de prótese inferior (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição da frequência absoluta e percentual do uso e necessidade de prótese em 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Prótese	Superior		Inferior	
	n	%	n	%
Uso				
Não usa	112	70%	130	81,3%
PPR	2	1,3%	3	1,9%
Prótese total	46	28,8%	27	16,9%
Necessidade				
Não necessita	25	15,6%	18	11,3%
Combinação prótese	19	11,9%	33	20,6%
Prótese total	116	72,5%	109	68,1%

O percentual de homens que não usavam prótese superior e inferior foi maior quando comparado às mulheres. O uso de prótese total superior e inferior pelo sexo feminino prevaleceu em relação ao sexo masculino. O uso de prótese segundo o sexo está representado nas Figuras 7 e 8.

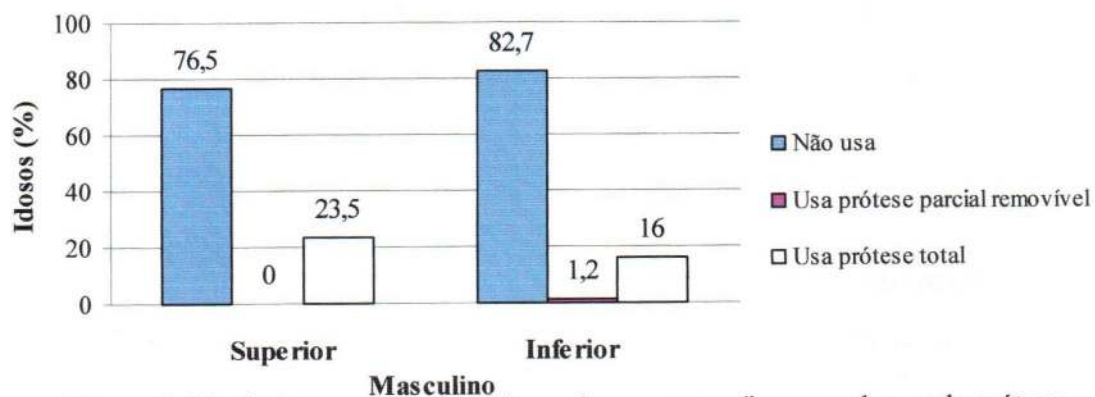


Figura 7: Distribuição percentual de idosos do sexo masculino segundo uso de prótese superior e inferior em um asilo no município de Fortaleza - CE, 2004.

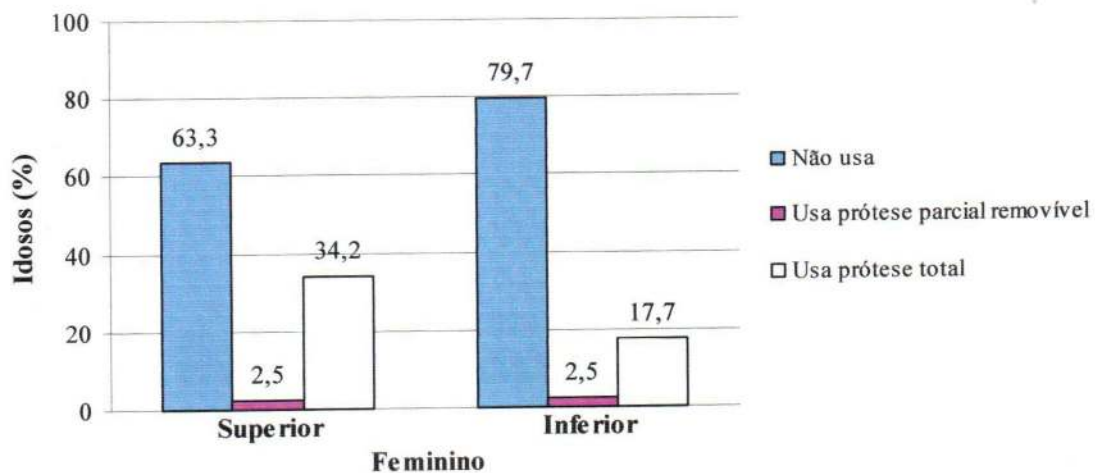


Figura 8: Distribuição percentual de idosos do sexo feminino segundo uso de prótese superior e inferior em um asilo no município de Fortaleza - CE, 2004.

A necessidade de prótese total superior prevaleceu em ambos os sexos. As mulheres, contudo, tinham maior necessidade de prótese total (Figuras 9 e 10).

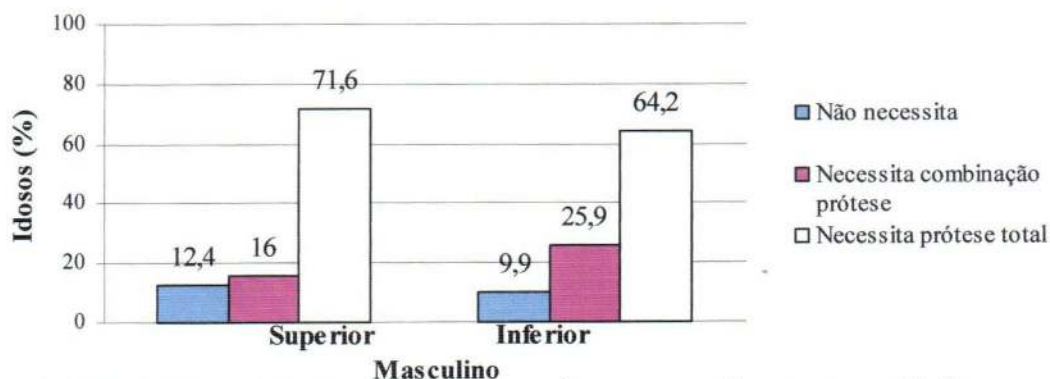


Figura 9: Distribuição percentual de idosos do sexo masculino com necessidade de prótese superior e inferior em um asilo no município de Fortaleza - CE, 2004.

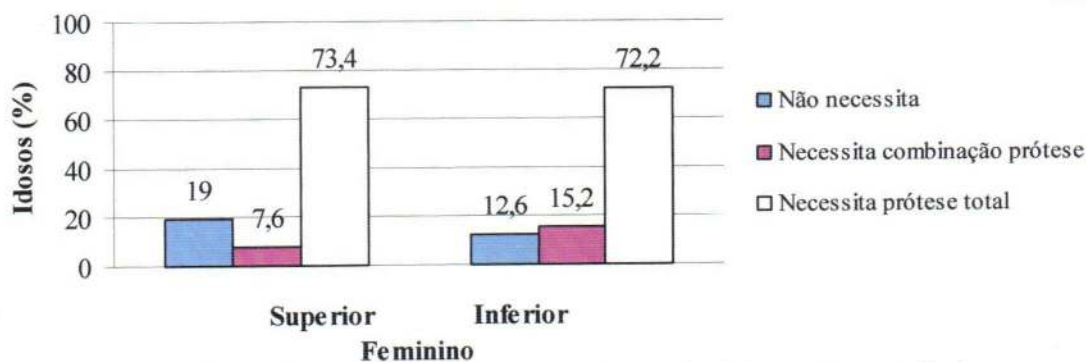


Figura 10: Distribuição percentual de idosos do sexo feminino com necessidade de prótese superior e inferior em um asilo no município de Fortaleza - CE, 2004.

5.2.4 Alterações de tecido mole

Dos 160 idosos, 84 (52,5%) não apresentaram qualquer alteração de tecido mole. Dentre as alterações identificadas, prevaleceu a língua saburrosa (86,8%), seguida de varicosidade lingual (9,21%), língua fissurada (1,32%), hiperplasia na mucosa labial (1,32%) e fissura no sulco gengival (1,32%).

5.2.5 Cuidados e práticas em saúde bucal

Quando investigados os cuidados e práticas em saúde bucal nos idosos deste estudo, apenas 17 indivíduos (10,6%) não tinham o hábito de fazer a higiene bucal e 32 (20%) necessitavam da ajuda de cuidadores para a realização da higienização oral. A frequência da escovação dentária predominante era de duas vezes por dia, cujo recurso mais utilizado consistia no uso de escova com creme dental. Notoriamente, mais da metade dos idosos - 53,1% - não faziam a escovação da língua. Poucos idosos (8,3%) tinham visitado o dentista nos últimos três meses. A extração dentária (38,4%) prevaleceu como motivo da última consulta ao dentista. Apenas 58 idosos (44,3%) perceberam a necessidade de tratamento odontológico. Na Tabela 19, todas as variáveis analisadas estão detalhadas.

Tabela 19: Distribuição da frequência absoluta e percentual de 160 idosos institucionalizados em um asilo segundo cuidados e práticas em saúde bucal. Fortaleza - Ceará, 2004.

Variável	n	%
Faz higiene bucal		
Não	17	10,6%
Sim	143	89,4%
Quem faz higiene bucal		
Não faz	17	10,6%
Idoso	111	69,4%
Cuidador	32	20%
Usa escova dental		
Não	78	48,8%
Sim	82	51,2%
Orientações sobre higiene bucal*		
Não	54	34,2%
Sim	104	65,8%
Limpeza da boca após as refeições		
Não	70	43,8%
Sim	90	56,2%
O que usa para higiene bucal		
Nada	17	10,6%
Escova + bochecho	7	4,4%
Escova + pasta dental	75	46,9%
Algodão + pasta + paleta	27	16,9%
Pasta + bochecho	10	6,2%
Bochecho com água	24	15%
Quantas vezes higieniza a boca		
Nenhuma vez	17	10,6%
Uma vez	41	25,6%
Duas vezes	66	41,3%
Três vezes ou mais	36	22,5%
Escova a língua		
Não	85	53,1%
Sim	75	46,9%
Visita ao dentista nos últimos três meses*		
Não	144	91,7%
Sim	13	8,3%

Motivo da última visita ao dentista*

Nunca foi	3	2,7%
Dor de dente	8	7,1%
Consulta de rotina	5	4,5%
Extração de dente	43	38,4%
Piorrécia	2	1,8%
Colocação de prótese	33	29,5%
Obturação	1	0,9%
Outros	5	4,4%
Não se lembra	12	10,7%

Precisa de tratamento*

Não	73	55,7%
Sim	58	44,3%

(*) Essas informações não foram disponíveis de todos os indivíduos.

5.3 EPIDEMIOLOGIA ANALÍTICA DA SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS

Na análise bivariada, as variáveis socioeconômicas e demográficas foram comparadas às médias do CPO-D. Somente as variáveis sexo, faixa etária, instrução educacional e motivo de internamento apresentaram evidência estatística em relação às médias do CPO-D ($p \leq 0,05$). As mulheres apresentaram um CPO-D médio mais elevado, evidenciando uma situação de saúde bucal mais precária em relação aos homens. Quanto maior a faixa etária, maior o CPO-D médio encontrado. A inexistência de componentes familiares também influenciou no elevado CPO-D. Além disso, os indivíduos que possuíam menos escolaridade também apresentaram um CPO-D mais elevado quando comparado àqueles com formação educacional melhor. O tempo na instituição não influenciou na média do CPO-D, mostrando que os problemas bucais já estavam presentes antes mesmo do asilamento dos idosos. A necessidade de cuidador, a falta de contato com familiares e o internamento em enfermaria, contudo, apresentaram uma tendência na elevação da média do CPO-D. As variáveis com suas respectivas médias do CPO-D e nível de significância estão descritas na Tabela 20.

Tabela 20: CPO-D médio, desvio-padrão e nível de significância segundo condições socioeconômicas e demográficas de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Variável	Média	DP	Valor p
Sexo			
Masculino	29,01	5,10	0,03*
Feminino	30,46	3,31	
Faixa etária			
65 - 74 anos	28,65	5,27	0,05**
75 - 84 anos	30,25	3,64	
≥ 85 anos	31,52	1,12	
Estado civil			
Solteiro/viúvo/separado/separado judicialmente	29,74	4,36	0,91*
Casado	29,63	4,45	
Tempo na instituição			
0 - 5 anos	29,24	4,88	0,17**
6 - 10 anos	30,03	3,97	
> 10 anos	30,46	3,39	
Instrução educacional			
Analfabeto	30,80	3,14	0,03**
Alfabetizado	29,64	4,14	
E. F. / E. M. / E. S.	28,16	5,77	
Aposentado/pensionista			
Não	29,14	4,11	0,58*
Sim	29,78	4,39	
Capacidade funcional			
Independente	29,56	4,59	0,76**
Parcialmente dependente	29,94	3,75	
Totalmente dependente	29,85	4,95	

Orientação tempo-espaço

Orientado	29,51	4,47	
Parcialmente desorientado	31,47	1,50	0,20**
Totalmente desorientado	29,44	4,88	

Motivo do internamento

Inexistência de membros familiares	31,37	2,00	
Impossibilidade de assistência familiar/ abandono familiar/ iniciativa própria	29,39	4,62	0,05*

Necessita cuidador da Instituição

Não	29,46	4,63	
Sim	30,02	4,05	0,41*

Mantém contato com membros familiares/responsáveis

Não	29,92	4,56	
Sim	29,54	4,16	0,57*

Está no leito de enfermaria

Não	29,26	4,75	
Sim	30,17	3,93	0,19*

(*) Teste T

(**) Teste Kruskal-Wallis

Nenhuma diferença estatística entre as médias do CPO-D foi observada, quando analisados os cuidados e práticas em saúde bucal (todos $p > 0,05$) (Tabela 21).

Tabela 21: CPO-D médio, desvio-padrão e nível de significância segundo os cuidados e práticas em saúde bucal de 160 idosos institucionalizados de 65 anos e mais em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

Variável	Média	DP	Valor p
Faz higiene bucal			
Não	28,35	5,07	0,24*
Sim	29,89	4,25	
Quem faz higiene bucal			
Idoso	29,61	4,48	0,08*
Cuidador	30,87	3,24	
Usa escova dental			
Não	30,38	3,69	0,06*
Sim	29,11	4,84	
Orientações sobre higiene bucal			
Não	28,98	5,35	0,18*
Sim	30,07	3,75	
Limpeza da boca após as refeições			
Não	29,11	4,59	0,12*
Sim	30,21	4,13	
Quantas vezes higieniza a boca			
Nenhuma vez	28,35	5,07	0,41**
Uma vez	29,83	4,05	
Duas vezes	30,51	3,25	
Três ou + vezes	28,83	5,76	
Escova a língua			
Não	29,64	4,55	0,79*
Sim	29,82	4,16	

(*) Teste T

(**) Teste Kruskal-Wallis

Na análise multivariada, utilizou-se a eliminação de variáveis do tipo *backward* na construção do modelo final de regressão linear múltipla. Todas as variáveis independentes foram testadas buscando o modelo ajustado para a variável dependente CPO-D. O modelo final foi avaliado pelo coeficiente de determinação (R^2). A Tabela 22 mostra que apenas idade, instrução educacional e higiene bucal entraram na regressão linear múltipla. Foram apenas estas variáveis independentemente associadas com CPO-D ($p < 0,05$) e que explicam 13% da variabilidade da variável dependente. Este coeficiente de determinação é baixo.

Tabela 22: Modelo de regressão linear múltipla com base nos possíveis determinantes sociodemográficos e de higiene bucal do CPO-D para 160 idosos institucionalizados em um asilo em Fortaleza - Ceará, 2004.

CPO	Coefficiente de regressão β	Limite inferior	Limite superior	Significância de β
Idade	0.1132	0.03516	0.1913	0,005
Instrução educacional	-0.7864	-1.2968	-0.2761	0,003
Faz higiene bucal	2.4968	0.3357	4.658	0,024
$R^2=0.13$				

6 DISCUSSÃO

A transição social, caracterizada por uma sociedade predominantemente urbana e pela queda do crescimento populacional, fez aumentar as taxas de institucionalização no Brasil e em outros países. A drástica queda da taxa da fecundidade reduz a disponibilidade de cuidadores domiciliares. A participação feminina no mercado de trabalho retira do domicílio a figura tradicionalmente convocada para os cuidados dos pais ou sogros. Novos arranjos familiares – mulheres sós, mães solteiras, casais sem filhos, filhos que emigraram – reduzem a perspectiva de envelhecimento em um ambiente familiar seguro (BERQUÓ, 1996).

Fatores de risco para a institucionalização, como morar só, suporte social precário e baixa renda (associada à viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de empregos formais e estáveis e aumento dos gastos com a própria saúde), são cada vez mais freqüentes no Brasil (CHAIMOWICZ, 1997).

Diante do envelhecimento da população brasileira, o sistema de saúde precisa ser capacitado o mais breve possível para prestar atendimento a essa imensa população de indivíduos idosos em crescimento contínuo. Os idosos institucionalizados vivem em situações precárias em relação às condições de saúde, em especial na saúde bucal. Essa população considerada “excluída” pela sociedade vem sofrendo há muito com o abandono do serviço público, refletindo na atual condição de saúde bucal.

Poucos estudos brasileiros são encontrados sobre a saúde bucal em população idosa residente em instituições. Este estudo relata de forma sistemática e detalhada a epidemiologia, os cuidados e as práticas em saúde bucal em idosos institucionalizados em uma cidade do Nordeste brasileiro.

A população de estudo é comparável com outras, uma vez que o perfil socioeconômico e demográfico encontrado é similar ao de outras instituições já investigadas. A maioria dos idosos institucionalizados era do sexo masculino, de solteiros, com baixo nível de escolaridade e com idade média de 76,6 anos. Aposentadorias e pensões constituíam a principal fonte de rendimentos da população idosa deste estudo assim como em um estudo com os idosos de Natal (DAVIM et al., 2004). A falta de oportunidade de emprego para este grupo, a exigência de mão-de-obra qualificada pelo mercado formal, bem como a associação entre aposentadoria e incapacidade, contribuem para a exclusão social do idoso e a impossibilidade de continuação no mercado de trabalho.

Nos últimos cinquenta anos, a Odontologia no Brasil dedicou seus estudos principalmente na área de prevenção e tratamento da cárie em crianças de até doze anos (COLUSSI; FREITAS, 2002). Foram implantados projetos incrementando a fluoroterapia e as atividades de educação em saúde bucal (PARAJARA; GUZZO, 2000; PINTO, 2000). Como consequência, apenas a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 referente à idade de 12 anos foi alcançada, ou seja, o valor do índice CPO-D menor ou igual a três (BRASIL, 2004).

Em relação a idosos, a meta da OMS para o ano 2000 pretendia que 50% das pessoas na faixa etária de 65-74 anos apresentassem pelo menos 20 dentes em condições funcionais (FDI, 1982). Os dados do último levantamento epidemiológico nacional das condições de saúde bucal da população brasileira ocorrido em 2002-2003, conhecido como SB Brasil 2003, contudo, revelou um CPO-D médio de 27,79 para a população idosa com idade entre 65-74 anos, tendo o componente dente perdido um elevado valor de 25,83 (BRASIL, 2004).

No Estado do Ceará, o CPO-D médio foi de 28,26 e a média de dentes perdidos foi de 27,01 (CEARÁ, 2004). O CPO-D médio de 29,73 encontrado na população idosa da instituição de Fortaleza também confirma esta situação de precariedade da saúde bucal.

Vigild (1989) assinala que, apesar da melhora na saúde dental das populações ocidentais, alguns grupos populacionais estão longe de atingir este nível de saúde, e que, entre estes grupos, estão os idosos institucionalizados.

Estes dados evidenciam a ausência de políticas públicas, a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, a baixa condição socioeconômica, o baixo nível de escolaridade, a falta de ações preventivas, a falta de programas específicos, a crença da perda dentária como consequência natural da idade e a negligência do sistema de saúde com a saúde bucal dos idosos.

O elevado índice CPO-D de 29,73 encontrado nos idosos examinados neste estudo reafirma a situação semelhante ao CPO-D médio de 28,9 encontrado em 277 idosos da zona rural e urbana no Município de Biguaçu – Santa Catarina - Brasil (COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004), ao CPO-D médio de 30,17 encontrado nos idosos institucionalizados no Município de Goiânia (REIS et al., 2005) e ao CPO-D de 31,09 em idosos residentes no Município de Rio Claro - SP – BR (SILVA; SOUSA; WADA, 2004).

Colussi, Freitas e Calvo (2004) encontraram percentuais similares de dentes extraídos (92,1%) e cariados (5,5%) ao do estudo presente (88,8% e 3,6%, respectivamente). A distribuição dos componentes do índice CPO-D mostrou mais dentes cariados e menos obturados, o que pode ser uma consequência da pouca procura ou falta de acesso ao atendimento odontológico.

Diante do alto percentual de dentes extraídos, evidencia-se o predomínio de uma prática odontológica mutiladora ao longo dos anos, sem ênfase na promoção e prevenção na

saúde bucal. Conseqüentemente, o componente dente “obturado” (4%) apresentou valor baixo, mostrando a realização de poucos procedimentos conservadores na cavidade bucal.

O despreparo do sistema público de saúde como um todo para atender às demandas da população idosa ainda não manifestou suas conseqüências no que se refere à saúde bucal, pois os dados epidemiológicos ainda apontam elevados índices de edentulismo, provocando grande redução das necessidades de tratamento restaurador, que cabe ao serviço público. Por outro lado, revela uma grande necessidade de reabilitação bucal mediante prótese dentária.

Estudos internacionais evidenciam também uma situação precária de saúde bucal nesta população. Em Israel, um estudo com pacientes psiquiátricos institucionalizados também revelou um CPO-D (26,74) elevado (RAMON et al., 2003). Uma condição pior, todavia, foi encontrada nos idosos institucionalizados no sul da Croácia, quando comparada a este estudo, onde 70% dos examinados eram totalmente edêntulos (VUCICEVIC-BORAS et al., 2002); similarmente aos idosos dependentes das casas de repouso em Christchurch (Nova Zelândia), onde dois terços dos examinados não possuíam dentes naturais (CARTER, 2004). Melhor condição de saúde bucal, porém, foi encontrada no Japão, onde apenas 27% dos idosos institucionalizados eram edêntulos no grupo de 65-74 anos (MIYAZAKI et al., 1992).

Nos idosos institucionalizados em Fortaleza/CE - Brasil, a maior necessidade de tratamento foi a extração dentária (75,8%). Este dado revela que, mesmo o idoso apresentando poucos dentes, estes ainda serão submetidos ao procedimento mutilador. A péssima condição dentária provocada por má higiene bucal, doença periodontal e/ou cárie associada à falta de assistência odontológica permanente, a dificuldade de acesso aos serviços públicos e a ausência de uma educação contínua em saúde bucal para esta população e para os cuidadores, conduzem para a realização desta prática.

A baixa prevalência de cárie radicular encontrada neste estudo ocorreu em virtude do pequeno número de dentes presentes na cavidade bucal dos idosos, conseqüentemente também um pequeno número de raízes. Segundo Shay (1997), a prevenção de cáries radiculares está relacionada com o controle da exposição radicular e o tratamento pode ser realizado por remineralização ou restaurações com diversos materiais odontológicos. Desta forma, torna-se relevante a verificação da condição radicular, visando ao direcionamento dos serviços, uma vez que as formas de prevenção e controle da doença são conhecidas e podem ser implantadas em serviços de saúde pública.

Rihs, Sousa e Wada (2005) relatam que o declínio na prevalência de edentulismo e o aumento no número de pessoas que mantêm seus dentes naturais por período maior, provavelmente, podem resultar em aumento do risco de desenvolvimento de cárie radicular no futuro próximo ou mais remoto.

Sobre a condição periodontal dos idosos institucionalizados no Município de Fortaleza, a aplicação do índice CPI foi prejudicada em virtude da grande quantidade de dentes perdidos (88,8%) e de pessoas edentadas (58,1%). O índice não foi aplicado em 70% dos indivíduos. Neste estudo, a prevalência de cálculo dentário (83,8%) foi similar ao encontrado nos idosos examinados na Universidade Federal do Pará (ARAÚJO, 2003); contudo, divergiu dos estudos de Silva e Valsecki Júnior (2000) e de Rao et al. (1999), nos quais houve predomínio de bolsa periodontal. Mais de 80% dos sextantes foram excluídos, pois não apresentavam nenhum dente ou apresentavam apenas um dente funcional. Este dado apresentou similaridade ao encontrado no SB BRASIL 2003 (BRASIL, 2004).

Dini e Castellanos (1993) acentuam que pacientes idosos com boa saúde têm prognóstico periodontal favorável e deve-se dar preferência ao tratamento conservador

(orientação de higiene, raspagem e polimento) e o tratamento cirúrgico deve ser indicado em casos extremos.

Em relação ao uso de prótese, poucos idosos usavam prótese total e a maioria dos edêntulos tinha maior necessidade de prótese total. Assim como no estudo de Rosa, Castellanos e Pinto (1993), o uso de próteses, principalmente total, foi mais freqüente no arco superior, em virtude da dificuldade de adaptação das próteses no arco inferior pelos idosos e do aspecto estético ser mais relevante no arco superior.

Almeida (2003) ressalta que o uso prolongado de prótese pode ocasionar modificações oclusais e teciduais, muitas vezes, despercebidas pelos idosos. Além disso, Frare et al. (1997) salientam que o indivíduo que utiliza prótese total tem somente 25% da capacidade mastigatória comparado a um indivíduo com todos os dentes naturais, interferindo, assim, na digestão.

A necessidade de tratamento protético foi relativamente alta nos arcos superior e inferior, principalmente de prótese total. De um modo geral, as próteses em uso apresentavam péssimas condições, necessitando de reparos ou substituições. A maioria dos idosos permanecia, porém, com próteses nessas condições por não ter acesso a consultórios particulares e por não ser oferecido este serviço nas unidades de saúde do Município.

A elevada quantidade de pessoas que necessitam de reabilitação protética implica uma grande mobilização de recursos financeiros, técnicos e humanos para ampliar as ações, serviços e programas em Saúde Bucal.

Nesse sentido, a atual gestão do Ministério da Saúde estimula a implantação de laboratórios de próteses em todo o País por meio da Portaria N° 1570/GM (29/07/2004), que estabelece normas, critérios e requisitos para a implantação e a habilitação de um Centro de

Especialidade Odontológica e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, disponibilizando procedimentos de próteses dentárias na rede de atenção básica.

Observou-se alta prevalência de edentulismo nos idosos pesquisados, cujo índice CPO-D foi de 29,73, em virtude do componente dente perdido (28,42). Este dado indica que o edentulismo constitui grave problema de saúde pública.

Por outro lado, o alto valor do componente dente perdido revela o predomínio da ação mutiladora que os idosos foram submetidos ao longo dos anos, como também induz à reflexão sobre o modelo de prática odontológica centrado na patologia, particularmente na doença cárie, adotando-se, como medidas de controle e erradicação do problema, a restauração e a exodontia.

Para Almeida (2003), a preservação dos dentes (ou sua mutilação) baseia-se na adaptação do homem aos padrões socioeconômicos e culturais que regem as práticas de cura, no atendimento às necessidades básicas do homem de ter saúde para poder produzir.

Deve-se ressaltar o fato de que o edentulismo não é uma consequência natural do envelhecimento. Sabe-se hoje que, quando bem tratados, os dentes naturais podem permanecer em funcionamento por toda a vida. A perda do elemento dental não é mais considerada um evento natural, mas sim o resultado de doenças, traumas e composição genética. As duas principais causas da perda dental, como a cárie dental e a doença periodontal, são processos comumente preveníveis com a tecnologia atual (DUNKERSON, 2003).

A deficiência de políticas públicas voltadas para a saúde bucal da população idosa institucionalizada contribui para a alta prevalência de edentulismo e para a grande necessidade de reabilitação do aparelho fonético mastigatório. A inviabilidade da confecção de uma prótese, em razão do baixo poder aquisitivo desta população, cuja única fonte de

renda, em geral, proveniente do mísero salário de aposentadoria, agrava ainda mais a precariedade da situação de saúde bucal.

Segundo Pucca Jr. (2002), o edentulismo se faz presente porque as medidas de atenção à saúde bucal inexisteram ou fracassaram integralmente. A prevalência de edentulismo na terceira idade desnuda a ineficiência e a ineficácia das formas de planejamento de programas que encerram características excludentes de acesso e estáticas de controle e acompanhamento.

Fernandes et al. (1997) destacam que os serviços públicos, incapazes de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e disponibilizam à população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamento se acumulem, atingindo níveis altíssimos. Com isso, há grande demanda de tratamentos protéticos, não oferecidos à população nem nos serviços públicos, nem nos consultórios particulares, por custos mais acessíveis.

O serviço público necessita desenvolver ações específicas aos problemas de saúde bucal da terceira idade, dentre os quais se destaca o edentulismo. Além de medidas educativas e preventivas, procedimentos reabilitadores são necessários, no caso específico do edentulismo. A implementação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deve ser adotada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os casos existentes e prejudicando a qualidade de vida da população idosa brasileira (COLUSSI; FREITAS, 2002).

Quanto à presença de alterações de tecido mole, a maioria dos idosos apresentou a mucosa oral sem alterações significantes quando este foi comparado aos estudos de Rosa, Castellanos e Pinto (1993) e Jorge Júnior (1991).

É importante, contudo, o exame periódico da cavidade bucal para prevenção e diagnóstico de câncer bucal, bem como orientação do pessoal auxiliar e do idoso na execução adequada da higiene bucal e das próteses.

Geralmente, a detecção do câncer de boca acontece tardiamente em muitos pacientes. Na ocasião do diagnóstico, a maioria dos indivíduos já apresenta a doença em um estágio avançado, com metástases. Com um diagnóstico precoce da doença, o seu tratamento se torna mais fácil de ser realizado e com menor incidência de complicações, assim como os resultados estéticos e funcionais são melhores e o índice de sobrevivência do paciente é maior.

Como parte da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente prioriza o diagnóstico e o tratamento do câncer bucal. Dessa forma, espera-se que as ações de prevenção e tratamento precoce produzam impacto favorável no que diz respeito à condição de saúde bucal da população brasileira.

Klein (1980) relata que a varicosidade da face ventral da língua é uma alteração bastante comum do envelhecimento, afetando 50% da população acima dos 65 anos, enquanto a língua fissurada é considerada uma variação anatômica comum.

A alta prevalência de língua saburrosa encontrada nesta pesquisa, por sua vez, pode ser explicada pela redução do fluxo salivar provocada pelo uso de medicamentos antidepressivos pelos idosos, bem como pela falta de higienização da língua, levando à formação de saburra.

Tárzia (2000) ressalta que, a partir dos 50 anos de idade, as pessoas passam a usar medicamentos rotineiramente, entre os quais estão os medicamentos xerostômicos que, como efeito colateral, reduzem a salivagem e facilitam a formação de saburra.

Ettinger (1997) salienta que as mudanças da mucosa bucal observadas na 3ª idade estão mais relacionadas a expressões bucais de doenças sistêmicas, nutrição deficiente, efeitos farmacológicos colaterais, infecções bucais e injúrias traumáticas do que com a idade propriamente dita. A perda dentária e o uso de dentaduras são os fatores mais comumente associados com mudanças na cavidade bucal de pessoas idosas. Algumas destas mudanças induzidas incluem alterações inflamatórias da mucosa, como as estomatites por dentadura, difusa e granular, e lesões hiperplásicas e eritematosas.

A saúde bucal de idosos institucionalizados, todavia, continua precária em virtude da pouca assistência de cuidadores das instituições. Daqueles capazes de se cuidarem, poucos são os que receberam orientação adequada sobre a manutenção da saúde bucal antes do internamento (FRENKEL; HARVEY; NEWCOMBE, 2001).

Almeida (2003) salienta que o cuidado com a higiene bucal na terceira idade é um problema crítico e pouco valorizado por muitos cirurgiões-dentistas e pela população, de um modo geral.

Quanto à higiene bucal, poucos idosos investigados relataram não fazê-la. Dos que faziam, aproximadamente, 70% não necessitavam de ajuda do cuidador. Mais da metade dos idosos utilizava a escova dental para a remoção dos restos alimentares. Apesar da afirmação da maioria de ter recebido orientações sobre higiene bucal, foram observadas uma frequência diária baixa na higiene bucal e a falta de hábito da escovação da língua.

Deve-se salientar o fato de que a língua é um ambiente propício ao desenvolvimento de germes, mercê das circunstâncias de temperatura ambiente e de umidade, e, ainda, pelas condições anatômicas favoráveis com presença de sulcos e cavidades

abundantes, sendo imprescindível a limpeza deste órgão como forma de prevenção de doenças.

Assim como no estudo de Ditterich et al. (2004), a maioria dos idosos mostrava higiene deficiente, tanto nos dentes como nas dentaduras, constatando presença de placa bacteriana, cálculo dentário e restos alimentares.

Pior condição de higiene bucal, no entanto, foi encontrada no estudo em instituições na cidade de Porto Alegre – RS – BR (CREUTZBERG; NUNES, 2001). Estes dados revelam a precariedade do cuidado da higiene bucal como uma medida básica de prevenção na saúde bucal.

Constatou-se a necessidade de capacitação dos cuidadores de idosos, por profissionais da Odontologia, sobre a importância da manutenção da higiene bucal dos institucionalizados, fazendo parte da sua rotina de trabalho. Apesar dos cuidadores afirmarem realizar a higiene bucal dos idosos dependentes, tal fato não foi ratificado pelos aspectos clínicos encontrados no momento do exame.

O controle do ambiente oral é a mais importante forma de prevenção específica em idosos, principalmente na prevenção de cáries dentárias, doenças periodontais e infecções oportunistas, como *Candida albicans*.

A remoção mecânica da placa bacteriana por meio da escovação e uso do fio dental constitui procedimento básico de higiene pessoal que não deve ser negligenciado pelos indivíduos dentados ou portadores de próteses. A ausência e/ou deficiência de atos mecânicos possibilita o acúmulo de placa bacteriana cada vez mais densa, criando condições para instabilidade da microbiota oral (CURY, 1999).

É importante que os cuidadores e os próprios idosos tenham sempre o cuidado de examinar a cavidade bucal, observando a presença de dentes fraturados, cariados, amolecidos, com placa bacteriana, inflamação gengival ou qualquer outra alteração patológica nos tecidos bucais, com o intuito de evitar complicações mais sérias, bem como de manter boa saúde bucal. Além disso, é fundamental o controle à exposição dos raios solares, fumo e álcool, pois são fatores predisponentes ao câncer de boca.

Potter (1999) salienta que, além do cuidado oral proporcionado diária e regularmente, os idosos também se beneficiam com uma dieta apropriada que exclua alimentos capazes de levar à formação de placa e à deterioração do dente e que promovam estrutura periodontal sadia.

Para que haja alta porcentagem de idosos com seus dentes naturais e para que os adultos possam chegar à terceira idade com as condições de saúde bucal melhores do que as encontradas atualmente para este grupo, recomenda-se priorizar a prevenção em saúde bucal. Além disso, é importante considerar o idoso como um todo, para que, dessa forma, o grupo tenha melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2002).

Um programa de atenção odontológica para idosos precisa ser desenvolvido a partir de um trabalho que vise ao completo atendimento odontológico desta população, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-as sob controle.

Além disso, deve ser proposto um programa preventivo para controlar a incidência de problemas bucais, um programa curativo para saná-los e também um plano educativo que sirva de apoio para as demais ações.

Neste estudo, constatou-se que mais de 90% dos idosos não tinham ido ao dentista nos últimos três meses. No Brasil, aproximadamente 28 milhões de pessoas nunca foram ao dentista, representando 15,9% da população (IBGE, 2003). Em 1998, esse percentual era de

18,7%. Entre as pessoas com 65 anos ou mais, o percentual dos que nunca consultaram um dentista era de 6,3%.

Apesar de a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 afirmar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e de a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) determinar que o Sistema Único de Saúde (SUS) obedece ao princípio da “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (IBGE, 2003) mostraram que, nos atendimentos odontológicos, a cobertura do SUS foi baixa, com 30,7%.

Indicativos internacionais também revelaram a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico. Em Hong Kong, mais da metade dos idosos investigados não tinham visitado o dentista nos últimos cinco anos (LO; LUO; DYSON, 2004).

No estudo de Knabe e Kram (1997), em Berlim, os idosos institucionalizados apenas recorriam ao cuidado odontológico em momentos de dor e desconforto ou quando o tratamento era considerado necessário pelos funcionários das instituições.

A dificuldade de acesso dos idosos institucionalizados aos serviços odontológicos no setor público proporciona a falta de periodicidade nas consultas com o cirurgião-dentista. Com isso, é freqüente o atendimento desta população apenas em situações emergenciais.

Outros estudos (BASTIAN, 1972; CURY, 1999; CREUTZBERG; NUNES, 2001) demonstraram que a ausência de cuidados na saúde bucal em idosos institucionalizados é uma realidade brasileira.

A baixa expectativa dos idosos em relação ao tratamento odontológico é uma importante barreira para o uso de serviços odontológicos. Os idosos acreditam que a visita

regular ao dentista é importante apenas para pessoas que possuem dentes ou que o dentista não pode satisfazer suas necessidades (ANTCZAK; BRANCH, 1985).

Locker et al. (1991) ressaltam que o uso de serviços odontológicos também é influenciado por medo do tratamento, condição dentária (dentado ou não), menor mobilidade física, comprometimento do estado geral de saúde e percepção da necessidade para tratamento odontológico.

O baixo uso de serviços odontológicos pela população idosa é um fato preocupante, visto que o crescente número de pessoas idosas mantendo sua dentição natural leva, conseqüentemente, a um aumento da necessidade de cuidados odontológicos; favorece a perda de oportunidades do diagnóstico precoce de lesões bucais, como o câncer bucal, e também à perda da avaliação da necessidade ou substituição de próteses (STRAYER et al., 1997).

Quando questionados sobre o motivo da última visita ao dentista, grande parte dos idosos (38,4%) declarou ter ido para realizar extração dentária, seguida de colocação de prótese (29,5%).

Pinto (1999) lembra haver na literatura que, a partir dos 30 anos, o número de extração dentária aumenta substancialmente. A explicação para este fato é de que até esta idade a população procura atendimento, mesmo sendo num sistema privado de prestação de serviços odontológicos, para recuperar as lesões acumuladas desde da infância. Como os problemas não diminuem, sendo os cuidados requeridos cada vez mais dispendiosos, gradativamente as extrações são aceitas como solução mais prática e mais econômica tanto para o paciente como para os profissionais.

As mulheres idosas deste estudo apresentaram o CPO-D médio mais elevado, quando comparado ao dos homens, fato demonstrativo de uma situação de saúde bucal mais precária no sexo feminino.

Constatou-se também que, quanto mais baixo o nível educacional dos idosos, maior foi o CPO-D médio. Carvalho (2000) mostrou, em seu estudo, uma associação estatisticamente significativa do edentulismo com o analfabetismo e com rendimentos mensais entre um a cinco salários mínimos. A formação educacional é um instrumento fundamental na percepção dos cuidados com a saúde, uma vez que há maior esclarecimento e conscientização da população em busca de melhor qualidade de vida.

Os cuidados e práticas em saúde bucal não mostraram diferenças estatisticamente significantes em relação ao CPO-D médio. Este fato evidencia que o quadro de precariedade encontrado na saúde bucal dos idosos não é proveniente de medidas de higiene bucal adotadas por eles ou pelos seus cuidadores, mas um reflexo da prática odontológica, com predomínio das ações mutiladoras e tecnicistas, provocando danos tanto no aspecto funcional quanto no estético e social.

Neste estudo, não houve evidência estatística da variável capacidade funcional do idoso, quando comparada ao CPO-D médio. Mello e Padilha (2001), contudo, observaram que o nível de dependência do idoso foi a única variável que apresentou diferença estatística entre as médias de placa em dentes ($p=0,024$). Idosos independentes apresentaram média de placa em dentes menor do que aqueles moderadamente dependentes ou dependentes, mas a mesma diferença não foi encontrada entre as médias de placa em próteses.

O CPO-D médio dos idosos examinados apresentou elevado valor, independentemente do estado civil, tempo de institucionalização, aposentadoria, capacidade

funcional, orientação tempo-espaço, necessidade de cuidador, contato com membros familiares/responsáveis, leito de enfermagem, cuidados e práticas em saúde bucal.

Na análise multivariada, todavia, observou-se uma fraca associação apenas da idade, instrução educacional e se faz higiene bucal em relação à média da variável dependente CPO-D.

No estudo de Ringland et al. (2004), verificou-se associação entre idade e anos de estudo com o edentulismo.

Quanto mais avançada a idade, maior foi o CPO-D médio dos participantes, em virtude de estarem expostos por mais tempo aos problemas bucais. A instrução educacional influenciou de forma independente e graduada a média do CPO-D. Quanto menor era a escolaridade do idoso, maior era o CPO-D médio.

O indivíduo com baixa escolaridade está mais sujeito a uma condição mais precária da saúde bucal, em virtude da falta de informação e de atenção aos cuidados odontológicos no serviço público.

Matos et al. (2004) observaram, no seu estudo, associação entre escolaridade e o uso de serviços odontológicos. Em outro estudo (PHIPPS; REIFEL; BOTHWELL, 1991), verificou-se associação entre anos de estudo e tempo da última visita ao dentista em relação ao número de dentes presentes. Além disso, os idosos que não realizavam a higiene bucal apresentaram um CPO-D mais elevado.

O quadro de precariedade é agravado em razão do acesso limitado aos serviços odontológicos e pela inexistência de programas específicos no âmbito dos serviços públicos. MacEntee (2000) ressalta, porém, que apenas o acesso ao dentista e pessoal auxiliar não é condição suficiente para resolver os problemas de saúde bucal em instituições geriátricas.

Wilkinson (1999) expressa haver evidência a demonstrar que as pessoas de menor nível na escala socioeconômica possuem pior saúde, quando comparadas aos seus opostos em melhores condições. Este relacionamento existe no mundo inteiro e compreende ampla extensão de indicadores de saúde que incluem taxas de mortalidade, esperança de vida ao nascer, taxas de doenças agudas e crônicas e autopercepção de saúde.

Outro aspecto a ser considerado é a ausência de ações preventivas e curativas em saúde bucal destinada aos idosos, pois não constituem prioridade em relação aos programas de saúde desenvolvidos na instituição.

É necessário conhecer as alterações que ocorrem nas estruturas bucais, assim como as principais patologias que acometem o idoso para a manutenção da saúde geral. Portanto, isto requer, dos profissionais de saúde, conhecimento interdisciplinar e acompanhamento multiprofissional em sua prática.

7 CONCLUSÕES

- O elevado valor do CPO-D médio e do componente dente perdido registrados nos idosos pesquisados constituem um problema grave de saúde bucal e remetem para a reflexão sobre a prática odontológica mutiladora e a iniquidade no acesso aos serviços, aos quais os idosos foram submetidos no passado.
- Poucos idosos apresentaram doença periodontal em virtude da grande quantidade de sextantes excluídos, prejudicando a aplicação do índice CPI. A grande perda de elementos dentários que levou à exclusão da maioria dos sextantes pode ter sido ocasionada por cárie ou mesmo doença periodontal avançada.
- A grande necessidade de prótese evidencia a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público, ratificando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltadas para este grupo.
- Nenhuma alteração grave nos tecidos moles foi observada, contudo é necessário instituir rotineiramente o exame clínico dos tecidos bucais realizado por cirurgião-dentista para prevenir e evitar o aparecimento de lesões precursoras do câncer de boca.
- Existe uma deficiência na promoção do autocuidado em idosos independentes e negligência dos profissionais que atuam na instituição para a manutenção da saúde bucal dos idosos dependentes. A ausência de uma educação permanente em saúde bucal direcionada aos idosos e cuidadores, todavia, conduz, indubitavelmente, para esta situação.

- Como o elevado CPO-D está associado, embora estatisticamente de forma fraca, com maior idade, baixa instrução educacional e má higiene bucal, deve ser realizado um conjunto de ações, serviços e programas destinados ao controle e tratamento da cárie dentária focalizada nesta população.
- São necessárias medidas preventivas, educativas, curativas e reabilitadoras em idosos institucionalizados para o controle das principais patologias da boca, visando a uma mudança do perfil epidemiológico das condições de saúde bucal desta população.
- Considerando a escassez de dados epidemiológicos sobre idosos institucionalizados, são indispensáveis futuros estudos populacionais.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. E. L. **Envelhecimento e bucalidade: suas múltiplas dimensões**. 2003. 184 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2003.

ANGELILLO I. F.; SAGLIOCCO, G.; HENDRICKS, S. J.; VILLARI, P. Tooth loss and dental caries in institutionalized elderly in Italy. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 18, n. 4, p.216-218, 1990.

ANTCZAK, A. A.; BRANCH, L. G. Perceived barriers to the use of dental services by the elderly. **Gerodontology**, v. 1, p. 194-198, 1985.

ARAÚJO, M. V. A. **Estudo das condições de saúde bucal e necessidade de tratamento em pacientes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará**. 2003. 109 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Mestrado Interinstitucional USP/UFGA, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BASTIAN, E. M. **Estudo sobre a acreditação de internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre-RS**. 1972. Tese (Livre Docência em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, 1., 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: Secretaria da Assistência Social, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996. p. 22.

BRASIL. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, DF, 3 de julho de 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/decreto1948.html>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. **Plano integrado de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, 1997. 58 p.

BRASIL. Portaria 1395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Política de saúde do idoso. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB2000**: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: 2001. 49p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB BRASIL 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. **Brasil Sorridente**: a saúde bucal levada a sério. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578>. Acesso em: 15 set. 2004.

CARLSSON, G. E. **Masticatory efficiency**: the effects of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation. *Int. Dent. J.*, v. 34, p. 93- 97, 1984.

CARTER, G.; LEE, M.; MCKELVEY, V.; SOURIAL, A.; HALLIWELL, R.; LIVINGSTON, M. Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch. *N. Z. Méd. J.*, v.117, n.1194, p. U892, 2004.

CARVALHO, I. M. M. **Avaliação sócio-odontológica de 300 pessoas idosas de Bauru - SP**. 2000. 190 f. Tese (Doutorado em Estomatologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal no estado do Ceará**: SBCeará: resultados principais. Fortaleza, 2004. 29 p.

CHAGAS, I. J.; NASCIMENTO, A.; SILVEIRA, M. M. Atenção odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 57, n. 5, p.332-335, set./out. 2000.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

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.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, set./out. 2002.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 7, n.1, p. 86-97, mar. 2004.

CORMACK, E. F. **Geriatrics e gerontologia em odontologia**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>>. Acesso em: 25 mar. 2004.

CORMACK E. F. **A saúde oral do idoso**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174>>. Acesso em: 2 jun. 2004.

CREUTZBERG, M.; NUNES, A. C. **Cuidado à saúde e promoção da qualidade de vida em uma instituição gerontológica**: subsídios para o desenvolvimento de modelo assistencial de enfermagem. Porto Alegre: PUCRS, 2001.

CURY, J. A. Controle químico da placa dental. In: **ABOPREV: Prêmiação de Saúde Bucal** (L. Krieger, org.). São Paulo: **Editora Artes Médicas**; 1999. p. 129-140.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p.518-524, maio/jun. 2004.

DINI, E. L.; CASTELLANOS, R. A. Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. **Rev. Bras. Odontol.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 3-7, mar./abr. 1993.

DITTERICH, R. G.; RODRIGUES, C. K.; FRANÇA, B. H. S.; HEBLING, E. **Atenção bucal ao idoso institucionalizado**: uma lacuna na odontologia. 2004. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=464>>. Acesso em: 2 jun. 2004.

DUNKERSON, J. A. **O atendimento ao paciente odonto-geriátrico**. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=202&idesp=19&ler=s>>. Acesso em: 4 jun. 2004.

ETTINGER, R. L. The unique oral health needs of an aging population. **Dent. Clin. N. Amer**, v. 41, n.4, p.633-649, Oct. 1997.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (FDI). Global goals for oral health in the year 2000. **International Dental Journal**, v. 32, p. 74-77, 1982.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (FDI). Comission on Oral Health, Research and Epidemiology. Working Group 5. **Oral needs of the elderly**: relatório preliminar. Cingapura, 1990.

FERNANDES, R. A. C.; SILVA, S. R. C.; WATANABE, M. G. C.; PEREIRA, A. C.; MARTILDES, M. L. R. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 54, p.107-110, 1997.

FIGUEIREDO, M. A. Z.; CHERUBINI, K; YURGEL, L. S.; LORANDI, C. S. Alterações fisiológicas freqüentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. **Odont. Mod.**, v. 20, n. 4, p. 33-34, jul./ago. 1993.

FRARE, S. M.; LIMAS, P. A.; ALBARELLO, F. J.; PEDOT, G.; RÉGIO, R. A. S. Terceira idade: Quais os problemas bucais existentes? **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 51, n. 6, p. 573-576, nov./dez.1997.

FRENKEL, H. F; HARVEY, I.; NEWCOMBE, R.G. Melhoramento da saúde oral em idosos internados em lares da 3ª idade, educando funcionários prestadores de cuidados de saúde: um estudo prospectivo experimental. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 29, p. 289-297, 2001.

GARDA, C. Abandono em asilos revolta deputados. **JB on line**, março 2002. Disponível em: <<http://jbonline.terra.com.br/jb/papel/brasil/2002/03/17/jorbra20020317001.html>>. Acesso em: 14 jul. 2004.

GEISSLER, C. A.; BATES J. F. The nutritional effects of tooth loss. **Am. J. Clin. Nutr.**, n. 39, p. 478-489, 1984.

GOLDSTEIN, L. L.; SIQUEIRA, M. E. C. Heterogeneidade e diversidade nas experiências de velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000. cap. 8, p. 113-124.

GRYMONPRE, R.; GALAN, D. Challenges associated with drugs use in the elderly: impactions for dentistry. **J. Can. Dent. Assoc.**, n. 57, p. 203-207, 1991.

HOFFMANN, M. E. **Bases biológicas do envelhecimento**. 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env10.htm>>. Acesso em: 13 set. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 31 ago. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostras de domicílio: acesso e utilização de serviços de saúde 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Câncer de boca**: manual de detecção de lesões suspeitas. 1996/1999. Disponível em:
<<http://www.inca.org.br/%20manual/boca/index.html>>. Acesso em: 10 out. 2004.

JORGE JÚNIOR, J. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 19, n.3, p.173-175, 1991.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861- 866, maio/jun. 2003

KIYAK, H. A.; GRAYSTON, M. N.; CRINEAN, C. L. Oral health problems and needs of nursing home residents. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Washington, v. 21, p. 49-52, 1993.

KLEIN, D. R. Oral soft tissue changes in geriatric patients. **Bull. N. Y., Acad. Med.**, v.56, n.8, p.721-727, Oct.1980.

KNABE, C.; KRAM, P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. **J. Oral Rehabil.**, v. 21, p. 909-912, 1997.

KOLBE, A. C. **Halitose**: porque a incidência é tão grande na Geriatria. 2003. Disponível em:
<<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=398>>. Acesso em: 2 jun. 2004.

LECHNER, V.; NEAL, M. The mix of public and private programs in the United States: Implications for employed caregivers. In: _____. **Work and caring for the elderly**: international perspectives. Philadelphia: Taylor & Francis, 1999. p. 120-137.

LEMASNEY, J.; MURPHY, E. Survey of the dental health and denture status of institutionalized elderly patients in Ireland. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.12, n.1, p.39-42, 1984.

LO, E.C.; LUO, Y.; DYSON, J. E. Oral health status of institutionalized elderly in Hong Kong. **Community Dent. Health**, v. 21, n. 3, p. 224-226, 2004.

LOCKER, D. Prevalence of and factors associated with root decay in older adults in Canada. **J. Dent. Res.**, v. 68, n. 5, p. 768- 772, 1989.

LOCKER, D.; LEAKE, J. L.; LEE, J.; MAIN, P. A.; HICKS, T.; HAMILTON, M. Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. **J. Can. Dent. Assoc.**, Ottawa, v. 57, n. 11, p. 879-886, Nov.1991.

LOCKER, D.; SLADE, G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. **Journal of the Canadian Dental Association**, n. 59, p. 830- 838, 1993.

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

MANETTA, C. E.; BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. Uma promissora atividade no novo século: odontogeriatria. **JBO**, v. 2, n. 10, p. 85-87, 1998.

MARCHINI, L.; MONTENEGRO, F. L. B.; SANTOS, J. F. F.; CUNHA, V. P. Prótese dentária na 3ª idade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 55, n. 2, p. 83-87, 2001.

MATOS, 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**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004.

MEDINA, C.; SHIRASSU, M.; GOLDFEDER, M. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSCH, U. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. p. 199-214.

MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

MELLO, A. L. S. F.; PADILHA, D. M. P. Condições de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre. **R. Fac. Odontol.**, v. 43, n. 2, p.12-19, dez. 2001.

MERSEL, A. et al. Geriodontics: an epidemiologic perspective. **Spec Care Dentist**, n. 6, p. 13-14, 1986.

MESAS, A. E. **Cuidados com a saúde bucal do idoso**. 2003. Disponível em: <<http://www.direitoidoso.com.br/01/artigo017.html>>. Acesso em: 22 mar. 2004.

MIYAZAKI, H.; SHIRAHAMA, R.; OHTANI, I.; SHIMADA, N.; TAKEHARA, T. Oral health conditions and denture treatment needs in institutionalized elderly people in Japan. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 20, n. 5, p. 297-301, 1992.

NARVAI, P. C. **Diagnóstico de saúde bucal**. 1996. Disponível em: <http://planeta.terra.com.br/saúde/angelonline/art_epid.htm>. Acesso em: 27 jul. 2004.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). Qual é a idade da velhice? In _____. **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000. p. 7-19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999.

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

PAPAS, A. S.; ETTINGER, R. L. Symposium overview: the inter-relationship of diet and oral health. **Special Care in Dentistry**, n.18, p.5, 1998.

PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim, é possível envelhecer saudável! **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 54, n. 2, p. 91-99, 2000.

PHIPPS, K. R.; REIFEL, N.; BOTHWELL, E. The oral health status, treatment needs, and dental utilization patterns of Native American elders. **J. Public. Health Dent.**, v. 51, n. 4, p. 228-233, 1991.

PINTO, V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1992.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil In: ABOPREV. **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. cap. 2, p. 29-41.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PUCCA JR, G. A. **Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no Município de São Paulo**. 1998. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

PUCCA JR, G. A. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.297-310.

PUCCA JR, G. A. **Saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos**. 2002. Disponível em: <www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81&idesp+19&ler=5>. Acesso em: 27 maio 2004.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.

RAMON, T.; GRINSHPOON A.; ZUSMAN, S. P.; WEIZMAN, A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. **Eur Psychiatry**, v. 18, n.3, p. 101-105, 2003.

RAO, A.; SEQUEIRA, P.; PETER, S.; RAJEEV, A. Oral health status of the institutionalized elderly in Mangalore, Índia. **Indian J. Dent. Res.**, v. 10. n. 2, p. 55-61, 1999.

REIS, S. C. G. B.; HIGINO, M. A. S. P.; MELO, H. M. D.; FREIRE, M. C. M. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia –GO, 2003. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.1, p. 67-73, São Paulo, mar. 2005.

RIHS, L. B.; SOUSA, L. R.; WADA, R. S. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 311-316, jan./fev. 2005.

RINGLAND, C.; TAYLOR, L.; BELL, J.; LIM, K. Demographic and socio-economic factors associated with dental health among older people in NSW. **Aust. N. Z. J. Public Health**, v. 28, n. 1, p. 53-61, Feb. 2004.

ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G.; RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 155-160, 1992.

ROSA, A. G. F.; CASTELLANOS, R. A.; PINTO, V. G. Saúde bucal na 3ª idade: um diagnóstico epidemiológico. **Rev. Gaúcha Odont.**, v.41, n.2, p.97-102, mar./abr. 1993.

SALIBA, C. A.; SALIBA, N. A.; MARCELINO, G.; MOIMAZ, S. A. S. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 53, n. 4, p. 279-282, jul./ago. 1999.

SHAY, K. Root caries in the older patient: significance, prevention and treatment. **Dent. Clin. North Am.**, v. 41, n. 4, p.763-793, 1997.

SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, out./dez. 2000.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; TOLEDO, R.; LISBOA, C. M.; TAGLIETTA, M. F. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 183-187, mai./jun. 2002.

- SILVA, S. R. C.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. . Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, ago. 2001.
- SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 626-631, mar./abr. 2004.
- SILVA, S. R. C.; VALSECKI JUNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 4, p. 268-271, out. 2000.
- SOMMERHALDER, C.; NOGUEIRA, E. J. As relações entre gerações. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000. cap. 7, p.101-112.
- STOCKWELL, A. J. Survey of oral health needs of institutionalized elderly patients in western Australia. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 15, p. 273-276, 1987.
- STRAYER, M. S.; IBRAHIM, M. F. Dental treatment needs of homebound and nursing home patients. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, p. 176-177, 1991.
- STRAYER, M. S.; KUTHY, R. A.; CASWELL, R. J.; MOESCHBERGER, M. L. Predictors of dental use for low-income, urban elderly persons upon removal of financial barriers. **Gerontologist**, v. 37, p. 110-116, 1997.
- STRAUSS, R. P.; HUNT, R. J. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. **Journal of the American Dental Association**, n. 124, p. 105-110, 1993.
- STRÜBIG, W.; DEPPING, M. Coronal caries and restorations in an elderly population in Germany. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 20, n. 4, p. 235-238, 1992.
- TÁRZIA, O. Sim, é possível envelhecer saudável! **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.54, n. 2, p.91-95, mar./abr. 2000.
- THOMSON, W. M.; BROWN, R. H.; WILLIAMS, S. M. Dentures, prosthetic treatment needs, and mucosal health in an institutionalized elderly population. **N Z Dent. J.**, v. 88, n. 392, p. 51-55, 1992.
- TOMASELLI, C. E. Pharmacotherapy in geriatric population. **Spec. Care Dent.**, v. 12, n. 3, p. 107-101, 1992.
- TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal**. 2. ed. São Paulo: Pancast Editora, 1989.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Levantamento das condições de saúde bucal: estado de São Paulo, 1998: caderno de instruções**. São Paulo, 1998.

VARGAS, S. A. A educação e a promoção da saúde do idoso. **Revista Virtual EF**, Natal, v.1, n. 22, abr. 2004. Disponível em: <www.efartigos.hpg.com.br/otemas/artigo14.html>. Acesso em: 14 set. 2004.

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

VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000. cap.5, p. 81-89.

VUCICEVIC-BORAS, V.; BOSNJAK, A.; ALAJBEG, I; CEKIC-ARAMBASIN, A.; TOPIC, B. Dental health of elderly in retirement homes of two cities in South Croatia – a cross-sectional study. **Eur. J. Med. Res.**, v. 7, n.12, p. 550-554, 2002.

WILKINSON, R. G. Oral health, health and health-related quality of life. **Medical Care**, v. 33, n. 11, p. 57-77, 1999.

ZWETCHKENBAUM, S. R.; SHAY, K. Prosthodontic considerations for the older patient. **Deñt. Clin. North Am.**, v. 41, n. 4, p. 817-845, 1997.

ANEXOS



Nº Prontuário: _____

ANEXO A

CONSULTA AO PRONTUÁRIO	QES
Identificação:	ID:
Idade:	IDADE:
Sexo: (0) masculino (1) feminino	SEXO:
Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado/sep. judicial	ESTCIVI:
Instrução: (1) analfabeto (3) E. F. incompleto (5) E. M. incompleto (7) Ensino Superior (2) alfabetizado (4) E. F. completo (6) E. M. completo (9) ignorado	INSTRU:
Aposentado(a)/pensionista: (0) não (1) sim	APOS:
Renda pessoal:	RDPE:
Capacidade funcional: (1) independente (2) parcialmente dependente (3) total dependente	CDFUN:
Condições de saúde geral:	CSGER:
Motivo do internamento: (1) impossibilidade de assistência familiar (2) iniciativa própria (3) inexistência de familiares (4) abandono familiar	MVINT:
Necessita cuidador da Instituição: (0) não (1) sim	NCDINS:
Mantém contato com membros familiares/responsáveis: (0) não (1) sim	CONFARE:
Está no leito de Enfermaria: (0) não (1) sim	LTENF:
Data de admissão:	DTADM:

ANEXO B

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	QES
1. Quem respondeu o questionário? (1) idoso (2) cuidador	RSPQ:
2. O Sr.(a) faz a higiene bucal? (0) não (1) sim (9) ignorado	FHIGIB:
3. Quem faz a sua higiene bucal? (0) não faz (1) idoso (2) cuidador	QFHIGIB:
4. O Sr.(a) já recebeu na Instituição orientações sobre como fazer a limpeza dos seus dentes ou da dentadura ou da boca? (0) não (1) sim (9) ignorado	OHIGB:
5. O Sr(a) costuma limpar os dentes ou a dentadura ou a boca depois das refeições? (0) não (1) sim (9) ignorado	LPRE:
6. O que o Senhor(a) usa para limpar os dentes ou dentadura ou a boca? (0) nada (4) algodão/gaze umedecido + pasta + paleta (1) escova dental + bochecho com água (5) pasta dental + bochecho com água (2) escova + pasta dental (6) bochecho com água (3) escova + pasta+ fio dental (9) ignorado	USLP:
7. Quantas vezes limpa os seus dentes ou dentadura ou a boca por dia? (0) nenhuma vez (2) duas vezes (9) ignorado (1) uma vez (3) três vezes ou mais	QVLP:
8. O Sr.(a) costuma escovar a língua todos os dias? (0) não (1) sim (9) ignorado	ESCLNG:
9. O Sr.(a) foi ao dentista nestes últimos três meses? (0) não (1) sim (9) ignorado	DENT3M:
10. O que levou a procurar pelo dentista na última vez? (0) nunca foi (3) extração de dente (6) obturação (1) dor de dente (4) piorréia (7) outros (2) consulta de rotina (5) colocação de prótese (8) não se lembra (9) ignorado	DENTULT: DENTULTOUT:
11. O Sr.(a) acha que está precisando de tratamento dentário? (0) não (1) sim (9) ignorado	PRETRAT:

ANEXO C FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADES DE TRATAMENTO

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td style="text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td>Coroa <input type="text"/></td> <td>C <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Raiz <input type="text"/></td> <td>R <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Trat <input type="text"/></td> <td>T <input type="text"/></td> </tr> </table>	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	Coroa <input type="text"/>	C <input type="text"/>	Raiz <input type="text"/>	R <input type="text"/>	Trat <input type="text"/>	T <input type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td style="text-align: center;">31 32 33 34 35 36 37 38</td> </tr> <tr> <td>Coroa <input type="text"/></td> <td>C <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Raiz <input type="text"/></td> <td>R <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Trat <input type="text"/></td> <td>T <input type="text"/></td> </tr> </table>	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	Coroa <input type="text"/>	C <input type="text"/>	Raiz <input type="text"/>	R <input type="text"/>	Trat <input type="text"/>	T <input type="text"/>
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28																
Coroa <input type="text"/>	C <input type="text"/>																
Raiz <input type="text"/>	R <input type="text"/>																
Trat <input type="text"/>	T <input type="text"/>																
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38																
Coroa <input type="text"/>	C <input type="text"/>																
Raiz <input type="text"/>	R <input type="text"/>																
Trat <input type="text"/>	T <input type="text"/>																

CPO: _____
DHigi: _____
DCari: _____
DPerdi: _____
DRest: _____
DExcl: _____
CrCari: _____
RzCari: _____
CrRest: _____
RzRest: _____
RzNExp: _____

NNecTrat : _____
NecRest: _____
NecCr: _____
NecFEst: _____
NecPRest: _____
NecExt: _____
SInf: _____

Cárie Dentária

Código	Condição
0	Hígido
1	Cariado
2	Rest+cariado
3	Restaurado
4	Perdido p/ cárie
5	Perdido out. razão
7	Apoio ponte/coroa
8	Raiz não exposta
T	Trauma
9	Excluído

Necessidade Tratamento

Código	Tratamento
0	Nenhum
1	Rest. 1 superf.
2	Rest. 2 + superf.
3	Coroa
4	Faceta estética
5	Pulpar + Rest.
6	Extração
7	Rem. mancha
9	Sem informação

DOENÇA PERIODONTAL

17/16	11	26/27	0 - Hígido 1 - Sangramento 2 - Cálculo 3 - Bolsa 4-5 mm 4 - Bolsa 6 mm ou + X(8)- Sextante excluído 9 - Sextante não exam.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
47/46	31	36/37	

EDENTULISMO

USO PRÓTESE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
SUP	INF

- 0 - Não usa
 1 - 1 Ponte fixa
 2 - + 1 Ponte fixa
 3 - PPR
 4 - P. fixa + PPR
 5 - Prótese total
 9 - Sem informação

ALTERAÇÕES DE TECIDO MOLE

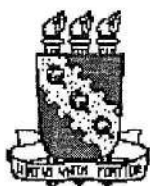
AltTcM: _____

0 - Ausência
 1 - Presença
 2 - Sem informação

NECESSIDADE DE PRÓTESE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
SUP	INF

- 0 - Não necessita
 1 - 1 elemento
 2 - Mais de 1 elemento
 3 - Combinação prótese
 4 - Prótese total

ANEXO D

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 430/04

Fortaleza, 13 de agosto de 2004

Protocolo n° 185/04

Pesquisador responsável: Luciene Ribeiro Gaião

Dept°./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/UFC

Título do Projeto: “As condições de saúde bucal em idosos residentes em uma instituição filantrópica, na cidade de Fortaleza, Ceará: um estudo transversal”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 12 de agosto de 2004.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, aparentemente de Elisabete Amaral de Mota.

Elisabete Amaral de Mota
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC

ANEXO E**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DIRETOR DA INSTITUIÇÃO)**

Saúde bucal em idosos residentes em uma instituição filantrópica, no Município de Fortaleza, Ceará: epidemiologia, cuidados e práticas.

Responsável: LUCIENE RIBEIRO GAIÃO

Telefone residencial: 283-6888 ou 99628655

Eu, _____, Diretor da Instituição Lar Torres de Melo, autorizo a realização da pesquisa junto aos idosos residentes, podendo o pesquisador de campo entrevistar individualmente os idosos, bem como coletar dados nos prontuários pertinentes ao estudo, realizar exames clínicos odontológicos nos idosos e, caso necessário, tirar fotografias no momento do exame clínico, sem a interrupção ou comentários sobre a mesma.

Fui informado (a) que esta pesquisa será a Dissertação de Mestrado de Luciene Ribeiro Gaião, cirurgiã-dentista, CRO 3221 - CE, realizada no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará.

Permito que os resultados obtidos sejam publicados em revistas científicas, apresentados em congressos, desde que mantido o sigilo absoluto da identidade dos idosos entrevistados e examinados, assim como o nome da Instituição.

Data: _____

Nome do Diretor da Instituição: _____

Assinatura: _____

Endereço para contato: _____

Telefone para contato: _____

Nome e assinatura do pesquisador que entrevistou o(a) participante:

ANEXO F

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DO IDOSO)**

Saúde bucal em idosos residentes em uma instituição filantrópica, no Município de Fortaleza, Ceará: epidemiologia, cuidados e práticas.

Responsável: LUCIENE RIBEIRO GAIÃO

Telefone residencial: 283-6888 ou 99628655

Eu, _____, residente na Instituição Lar Torres de Melo, permito que seja aplicado um questionário sobre os cuidados que eu tenho com a minha saúde bucal, o acesso aos meus dados socioeconômicos e demográficos e estados de saúde geral no prontuário da Instituição, bem como a realização de exame clínico e, caso necessário, tomadas fotográficas no momento do exame clínico bucal, para uma pesquisa de Mestrado em Saúde Pública de Luciene Ribeiro Gaião, sobre esse assunto.

Sei que não haverá nenhum risco para mim, pois a pesquisa não implicará em nenhum uso de medicamento ou qualquer manuseio extra.

Fui informado(a) de que os dados obtidos neste trabalho irão mostrar a realidade da situação de saúde bucal dos idosos que residem em instituições no Município de Fortaleza, Ceará, bem como buscar junto à Instituição envolvida no estudo e órgãos competentes a reativação do consultório dentário instalado na mesma.

Permito que os resultados obtidos sejam publicados em revistas científicas, apresentados em congressos, desde que mantido o sigilo absoluto de minha identidade.

Data: _____

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Endereço para contato: _____

Telefone para contato: _____

Nome e assinatura do pesquisador que entrevistou o(a) participante:

ARTIGO

(Rev Bras Epidemiol 2005; 8(3): 316-323)

Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará

Epidemiology of tooth decay, periodontal diseases, use and need of prostheses in the elderly living in a nursing home in the city of Fortaleza, State of Ceará (Brazil)

Luciene Ribeiro Gaião¹
Maria Eneide Leitão de Almeida²
Jorg Heukelbach¹

¹Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE

²Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE

Correspondência: Luciene Ribeiro Gaião, Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Rua Prof. Costa Mendes 1608, 5º andar, Fortaleza – CE. CEP: 60430-140. E-mail: lucienegaiao@yahoo.com.br
Fonte de financiamento: CNPq (nº do processo: 133858/2004-9).

Resumo

No Brasil, a população de idosos está em crescimento contínuo, causando um aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos. Porém, estudos no nordeste brasileiro sobre a saúde bucal em idosos institucionalizados são praticamente inexistentes. Esse estudo objetivou analisar a condição dentária, a condição periodontal, o uso e necessidade de prótese em idosos institucionalizados em um município do nordeste brasileiro. Foi realizado um estudo transversal em 160 idosos (95,2% da população-alvo) idosos de 65 anos e mais, residentes em um asilo na cidade de Fortaleza/CE - Brasil, consistindo de consulta aos prontuários e exame bucal. A idade média foi de 76,6 anos. O índice CPO-D dos idosos asilados foi elevado com valor de 29,73. O componente dente perdido foi o que mais contribuiu para o alto valor do CPO-D, com 28,42 dentes; 109 (68,1%) idosos não possuíam nenhum dente hígido na boca. Dos 160 idosos, 93 (58,1%) eram totalmente desdentados e 56 (35,0%) apresentavam dentes com raízes expostas. Das raízes expostas, 16% estavam cariadas ou obturadas. Dos 573 dentes presentes, 256 (44,6%) necessitavam de algum tipo de tratamento, sendo 194 (75,8%) para extração dentária. Do total dos idosos investigados, 112 (70%) não usavam nenhum tipo de prótese superior (total e removível) e 130 (81,3%) de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese (total e removível) detectada, 135 (84,4%) necessitavam de algum tipo de prótese superior e 142 (88,7%) de prótese inferior. Dos 117 sextantes presentes nos 160 indivíduos, a maioria (83,8%) apresentava cálculo dentário. Os dados mostram que a maioria dos idosos apresenta saúde bucal precária. Assim, são indispensáveis medidas intervencionais focalizadas nessas populações como educação em saúde e tratamento precoce.

Palavras-chave: Brasil. Epidemiologia. Idoso. Instituição. Saúde Bucal.

Abstract

In Brazil, the elderly population has been growing continuously, leading to a higher demand for long-term institutions for the elderly. In spite of that, studies on the oral health of institutionalized elderly in north-east Brazil are virtually non-existent. The objective of the present study was to analyze the dental and periodontal conditions and the use and need for prostheses in the institutionalized elderly in a northeastern Brazilian city. A cross-sectional study was conducted with 160 individuals (95.2% of the target population), 65 years old or older, living in a nursing home in the city of Fortaleza/CE – Brazil, consisting of the analysis of patient records and oral examination. Their mean age was 76.6 years. The DMFT index of the institutionalized elderly was high: 29.73. Lost teeth represented the highest proportion (28.42); 109 (68.1%) elderly did not have any healthy teeth. Of the 160 elderly, 93 (58.1%) were total edentates and 56 (35.0%) had teeth with exposed roots. Of the exposed roots, 16% were decayed or filled. Of the 67 dentate elderly, 54 (80.6%) required dental extraction. Of the total 573 teeth present, 256 (44.6%) required some kind of treatment, and 194 (75.8%) of them dental extraction. Of the study population, 112 (70%) did not use any upper prosthesis, and 130 (81.3%) did not use any lower prosthesis. The need of an upper prosthesis was detected in 135 elderly (84.4%), and 142 (88.7%) elderly needed a lower prosthesis. Of 117 sextants present in 160 elderly, the majority (838%) had dental calculus. These data show that most of the elderly had poor oral health. Interventional measures focused on these populations, such as health education and preventive treatment, are, therefore, necessary.

Key Words: Brazil. Epidemiology. Elderly. Institution. Oral Health.

Introdução

Na grande maioria dos países desenvolvidos, como também dos países em desenvolvimento, a população de idosos está em crescimento contínuo¹. No Brasil, o processo de transição demográfica se apresenta de forma acelerada e se associou ao aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos². Fatores que levam a institucionalização, como morar só, suporte social precário e baixa renda (associada a viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de empregos formais e estáveis e aumento dos gastos com a própria saúde) tornaram-se mais freqüentes nos últimos anos³.

Estudos em outros municípios do Brasil e de outros países indicam que a saúde bucal de idosos vivendo em instituições continua sendo um assunto desconhecido e negligenciado^{4,5}.

Sob o ponto de vista epidemiológico, a condição de saúde bucal dessa população em diversos países é precária; os dados internacionais confirmam esses achados. Assim, em um estudo epidemiológico realizado em um hospital de longa permanência na cidade de Helsinki, Finlândia, observou-se que 42% dos idosos examinados eram edêntulos⁴. Dos dentados, 37% necessitavam de restaurações, 51% de terapia periodontal e 42% de extrações⁴. Em idosos residentes em instituições na cidade de Berlim (Alemanha), apenas 37,6% das próteses apresentavam retenção e estabilidade adequadas⁶. Em 80% dos pacientes o tratamento odontológico era necessário⁶.

No Brasil, a precariedade da situação de saúde bucal dos idosos institucionalizados também é notória. Um estudo epidemiológico em instituições no município de Araçatuba, SP, mostrou que 69% dos idosos eram desdentados totais, 48% eram portadores de prótese total e 52% não usavam prótese⁷. Dos idosos asilados em Curitiba, PR, 56 eram edêntulos totais e 51 edêntulos parciais. Dos edêntulos totais, 44 (79%) faziam uso de pelo menos uma

prótese total e 12 (21%) não usavam nenhum tipo de prótese⁸. No município de Araraquara, São Paulo, 72% dos idosos institucionalizados eram edêntulos. Cerca de 90% dos dentes já estavam perdidos e 61% dos examinados necessitavam de prótese dentária⁵.

Os dados epidemiológicos sobre a saúde bucal de idosos institucionalizados são escassos, assim como são praticamente inexistentes estudos desse tipo no nordeste brasileiro.

Com o objetivo de conhecer melhor a realidade da condição de saúde bucal dos idosos residentes em uma instituição filantrópica na cidade de Fortaleza (CE), foi realizado um estudo epidemiológico sobre a condição dentária, condição periodontal, uso e necessidade de prótese.

Material e métodos

O estudo foi realizado na instituição filantrópica Lar Torres de Melo, na cidade de Fortaleza, CE, no período entre agosto e novembro de 2004. Essa instituição é uma associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter exclusivo de assistência social e promoção humana às pessoas idosas carentes, de ambos os sexos. A mesma foi fundada em 1905 e é a maior no Estado do Ceará. No período do estudo, abrigava em média 221 idosos.

O público-alvo constituiu-se de 168 idosos institucionalizados com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, independentes, parcialmente dependentes e dependentes segundo a classificação da Federação Dentária Internacional⁹. No entanto, oito idosos dentro desta faixa etária recusaram-se a participar da pesquisa, sendo composta a amostra final por 160 indivíduos.

A pesquisa consistiu de consulta aos prontuários para obtenção de dados como idade, sexo, nível educacional, aposentadoria e tempo na instituição. Em seguida, foi realizado exame clínico bucal dos idosos por uma única pesquisadora devidamente qualificada e treinada. Para

o exame bucal foram utilizados uma ficha clínica adaptada do Projeto SB-2000, Brasil, que foi um projeto multicêntrico realizado em 250 municípios, coordenado pelo Ministério da Saúde, para avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira¹⁰.

Além disso foram utilizados espelho bucal plano e a sonda periodontal milimetrada preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para levantamentos epidemiológicos. Nos casos de impossibilidade do idoso se sentar, o indivíduo foi examinado deitado ou em cadeira de rodas, sem ocasionar desconforto.

O exame clínico da condição dentária, condição periodontal, uso e necessidade de prótese foram feitos de acordo com os critérios descritos no manual do examinador do Projeto SB-2000¹⁰. Foram aplicados o Índice CPO-D (média de dentes cariados, perdidos, obturados), necessidade de tratamento e o Índice Periodontal Comunitário (*Community Periodontal Index - CPI*)¹¹.

A situação quanto ao uso de prótese dentária baseou-se na presença de espaços protéticos já existentes. Na necessidade de prótese, a situação baseou-se em futuros espaços protéticos deixados após a realização das extrações dentárias indicadas, assim como na necessidade de substituição das próteses desgastadas ou danificadas. Foram assinalados o uso e a necessidade de prótese para os arcos superior e inferior¹⁰.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. A autorização para a consulta aos prontuários e realização do exame bucal foi obtida através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes ou responsáveis no caso de idosos analfabetos ou impossibilitados de assinar. A instituição autorizou a realização do estudo.

Os dados foram digitados no programa Epi Info (CDC, Atlanta, versão 6.04d) e a descrição dos resultados das variáveis em estudo é apresentada em tabelas.

Resultados

Foram incluídos 160 indivíduos no estudo, o que correspondeu a 95,2% da população-alvo. Desses, 81 (50,6%) eram do sexo masculino e 79 (49,4%) do sexo feminino. A idade média era de 76,6 anos (65 - 100 anos).

A média de anos de institucionalização era de 8,2 anos. Quanto ao estado civil, 38,8% eram solteiros. No que se refere ao nível educacional, 40,6% eram analfabetos e apenas 1,9% concluíram o ensino fundamental ou médio.

O índice CPO-D dos idosos asilados foi bastante elevado, com valor de 29,73. O componente dente perdido apresentou o maior valor (28,42). Dos indivíduos examinados, 109 (68,1%) apresentaram um CPO-D igual a 32, o que significa que não possuíam nenhum dente hígido; 93 idosos (58,1%) eram totalmente desdentados. Quase 90% dos dentes estavam perdidos

(Tabela 1). A condição dos dentes presentes está detalhada em Tabela 1.

Cinqüenta e seis (35%) idosos apresentavam 281 dentes com raízes expostas. Das raízes expostas, 16% estavam cariadas ou obturadas (Tabela 2).

Os 67 idosos (41,8%) que possuíam pelo menos um dente necessitavam de algum tipo de tratamento, mais comumente extração dentária, devido à necessidade protética ou por estado avançado da cárie dentária (Tabela 3). Dos 573 dentes presentes, 256 (44,6%) necessitavam de algum tipo de tratamento. Destes 256 dentes, 194 (75,5%) tinham necessidade de extração dentária. Não foi observada necessidade de tratamento pulpar, faceta estética ou remineralização de mancha branca.

A respeito do uso de prótese (total e removível), 112 (70%) idosos não faziam uso de prótese superior e 130 (81,3%) de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese (total e removível), 135 (84,4%) ne-

Tabela 1 – Condição dentária de 160 idosos de 65 anos e mais em um asilo de Fortaleza - CE, 2004.

Table 1 – Dental status of 160 elderly (65 years old or older) living in a nursing home in the city of Fortaleza - CE, 2004.

Condição dentária	No. de dentes	%	Média por indivíduo
Dentes perdidos	4547	88,8%	28,42
Dentes presentes	573	11,2%	3,58
Dentes hígidos	363	63,4%*	2,27
Dentes cariados	184	32,1%*	1,15
Dentes obturados	23	4,0%*	0,14
Dentes obturados/cariados	3	0,5%*	0,02

* dos dentes presentes

Tabela 2 – Condição das raízes dos dentes presentes (n=573) em idosos de 65 anos e mais de um asilo em Fortaleza - CE, 2004.

Table 2 – Status of the roots of the teeth present (n=573) in 65-year-olds or older living in a nursing home in the city of Fortaleza - CE, 2004.

Condição das raízes	No. de raízes	%	Média por indivíduo
Raízes não expostas	292	50,9%	4,36**
Raízes expostas	281	49,1%	4,19**
Raízes hígidas	236	84%*	3,52**
Raízes cariadas	41	14,6%*	0,61**
Raízes obturadas	04	1,4%*	0,06**

* das raízes expostas (n=281); ** dos indivíduos dentados (n=67)

Tabela 3 – Necessidade de tratamento dentário em idosos dentados (n=67) de 65 anos e mais de um asilo em Fortaleza - CE, 2004.

Table 3 – Need for dental treatment in 65-year-olds or older with at least one tooth present (n=67) living in a nursing home in the city of Fortaleza - CE, 2004.

Necessidade de tratamento	No. de dentes	%	Média por indivíduo
Extração	194	75,8%*	2,89**
Restauração	54	21,1%*	0,8**
Coroa	8	3,1%*	0,12**

* dos dentes com necessidade de tratamento (n=256); ** dos indivíduos dentados (n=67)

Tabela 4 – Condição periodontal dos sextantes em 160 idosos de 65 anos e mais em um asilo de idosos em Fortaleza - CE, 2004.

Table 4 – Periodontal status of sextants in 160 elderly (65 years-old or older) living in a nursing home in the city of Fortaleza - CE, 2004.

Condição periodontal	No. de sextantes	%
Sextantes excluídos	843	87,8%
Sextantes presentes	117	12,2%
Sadio	13	11,1%*
Cálculo	98	83,8%*
Sangramento	5	4,3%*
Bolsa 4-5mm	1	0,8%*
Bolsa ≥ 6mm	0	-

* dos sextantes presentes

cessitavam de algum tipo de prótese superior e 142 (88,7%) de prótese inferior.

Dos 960 sextantes examinados nos participantes, 843 (87,8%) foram excluídos por possuírem menos de dois dentes presentes ou estarem indicados para extração. Dos 117 sextantes presentes nos 160 indivíduos, apenas 13 (11,1%) eram sadios; a maioria (83,8%) apresentava cálculo dentário (Tabela 4).

Discussão

Nos últimos cinquenta anos, a Odontologia no Brasil realizou seus estudos principalmente na área de prevenção e tratamento da cárie em crianças de até doze anos¹². Como consequência, apenas a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 referente à idade de 12 anos foi alcançada, ou seja, o valor do índice CPO-D menor ou igual a três¹³.

A meta da Organização Mundial de Saúde

(OMS) para o ano 2000 foi que 50% das pessoas na faixa etária de 65-74 anos apresentassem pelo menos 20 dentes em condições funcionais¹⁴. Contudo, o último levantamento epidemiológico nacional das condições de saúde bucal da população brasileira ocorrida em 2002-2003, conhecido como SB Brasil 2003 (*Condições de saúde bucal da população brasileira*) revelou que o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) médio na população idosa com idade entre 65-74 anos foi de 27,79¹³. O componente dente perdido foi elevado (25,83)¹³. Os dados encontrados na instituição de Fortaleza, CE - Brasil (CPO-D=29,73 e o componente P=28,42) também confirmam essa situação. Este fato indica que a saúde bucal não constitui uma prioridade na saúde pública, revelando inexistência de ações preventivas, educativas e curativas no passado.

Com a inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) e a implan-

tação do Programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde, surge uma nova perspectiva de melhorar a situação de saúde bucal da população idosa brasileira, onde se espera benefícios por meio de ações preventivas e de reabilitação bucal.

Estudos recentes do Estado de São Paulo - Brasil também relatam esse quadro precário de saúde bucal na população idosa^{7,15,18,19}. Os idosos de um Centro de Saúde em Araraquara, São Paulo - Brasil, apresentaram uma grande quantidade de dentes extraídos (77,2%), a presença de apenas 11,4 dentes em média por pessoa, de bolsas periodontais profundas (34,7%) e a necessidade do uso de prótese em mais de 40%¹⁵. Outro estudo realizado em instituições de amparo a idosos no Município de Araçatuba, São Paulo - Brasil, encontrou 69% de desdentados totais⁷. Dos dentados, 58% necessitavam de tratamento periodontal, 48% eram portadores de prótese total e 52% não usavam prótese⁷. Outro estudo, realizado em casas de repouso na cidade de Curitiba, PR - Brasil, constatou resultados similares⁸.

Em idosos institucionalizados no Estado de Goiás¹⁶ - Brasil, a saúde bucal se apresentou precária com um CPO-D médio de 30,17, similar ao elevado índice CPO-D de 29,73 encontrado nos idosos examinados neste estudo. A situação foi semelhante em 277 idosos não institucionalizados da zona rural e urbana no Município de Biguaçu, SC - Brasil, onde foi encontrado um CPO-D médio de 28,9¹⁷. Foram encontrados percentuais similares de dentes extraídos (92,1%) e cariados (5,5%) comparados com o estudo presente (88,8% e 3,6%, respectivamente). Porém, encontramos percentual inferior (7,15%) de cárie de raiz, cujo percentual nessa população de idosos foi de 24%¹⁷.

No entanto, um CPO-D ainda maior - de 31,09 - foi encontrado em idosos residentes no Município de Rio Claro, SP - Brasil¹⁸. Em grupos de terceira idade não institucionalizados na cidade de Piracicaba, SP - Brasil¹⁹, foi relatado um CPO-D de 32 na maioria dos idosos (62,3%), sen-

do que 60,7% eram edêntulos. A média era de cinco dentes presentes e 2,5 hígidos¹⁹.

A prevalência da cárie radicular encontrada neste estudo apresentou-se relativamente baixa (14,6%) em relação a outro estudo realizado em Atenas (Grécia)²⁰, onde foi encontrada uma taxa de prevalência de 38%, também em idosos institucionalizados. Essa diferença não reflete necessariamente uma pior saúde bucal nessa população específica em Atenas, mas provavelmente é devida ao elevado número de idosos edêntulos no nosso estudo. Esse elevado número de desdentados também prejudicou a aplicação do índice CPI, pois apenas 12% do total dos sextantes puderam ser examinados e isso dificultou a comparação com outros estudos, pois aparentemente os poucos dentes remanescentes estavam livres de bolsas periodontais.

Quase todos os idosos dentados apresentaram cálculo dentário. Esse resultado está em concordância com dados do Estado de Goiás - Brasil¹⁶, porém em contraste com um estudo de Silva e Valsecki Jr. (2000)²¹ realizado no Estado de São Paulo - Brasil, onde predominou a bolsa periodontal nos idosos institucionalizados.

Em relação ao uso de prótese total, 28,8% dos idosos investigados em nosso estudo usavam prótese total superior e 16,9% prótese total inferior. Em estudo realizado no Rio de Janeiro - Brasil, com um grupo pertencente à 3ª idade, usuário dos serviços da Odontoclínica Central da Marinha (OCM), 29,1% usavam ou necessitavam de pelo menos uma prótese total²². Em um centro de saúde em Araraquara, SP - Brasil, verificou-se que 44,8% dos idosos necessitavam de algum tipo de prótese¹⁵. Entretanto, somente 4 de 277 (1,4%) idosos da cidade de Biguaçu - Brasil não usavam nem necessitavam qualquer tipo de prótese¹⁷.

Observou-se neste estudo alta prevalência de edentulismo nos idosos, cujo índice CPO-D foi de 29,73, em virtude do componente dente perdido (28,42). Tal fato é reportado nos estudos realizados em outros municípios do Brasil^{7,8,15-19}, eviden-

ciando uma realidade que precisa ser mudada neste grupo.

Além disso, a reabilitação do aparelho fonético-mastigatório por parte do poder estatal se faz necessário nos desdentados, visto que há grande demanda de tratamentos protéticos, que não são oferecidos à população nem nos serviços públicos, nem nos consultórios particulares, por custos mais acessíveis.

Conclusões

Pelo nosso conhecimento, esse estudo relata pela primeira vez de forma sistemática e detalhada a epidemiologia de saúde bucal e a necessidade de tratamento odontológico em idosos institucionalizados em uma região do nordeste brasileiro.

O elevado valor do CPO-D médio e do componente dente perdido registrados nos idosos pesquisados constituem um problema grave de saúde bucal e remetem

para a reflexão sobre a prática odontológica mutiladora e a iniquidade no acesso aos serviços, aos quais os idosos foram submetidos no passado.

A grande necessidade de prótese evidencia a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público, ratificando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltadas para este grupo.

Levando em consideração a precariedade da situação de saúde bucal, faz-se necessário adotar medidas preventivas, curativas, educativas e reabilitadoras permanentes em idosos institucionalizados, por parte do governo e/ou instituições filantrópicas.

Agradecimentos

Os autores agradecem a cooperação da direção da instituição Lar Torres de Melo, aos cuidadores e a toda equipe profissional. Agradecem, particularmente, a colaboração dos idosos no estudo.

Referências

1. Cormack, EF. *Geriatrics e Gerontologia em Odontologia*. Medcenter.com Odontologia [periódico on line]. 2001. Disponível em: URL: <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>. [2004 mar.25]
2. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 454-60.
3. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.
4. Peltola P, Vehkalahti MM, Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalized elderly. *Gerodontology* 2004; 21(2): 93-9.
5. Silva SRC, Valsecki Junior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(4): 268-71.
6. Knabe C, Kram P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. *J Oral Rehabil* 1997; 21: 909-12.
7. Saliba CA et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1999; 53(4): 279-82.
8. Ditterich RG, Rodrigues CK, Hebling E. *Atenção bucal ao idoso institucionalizado: uma lacuna na odontologia*. Medcenter.com Odontologia [periódico on line]. 2004.
9. FDI (Fédération Dentaire Internationale). *Oral needs of the elderly*. Amsterdam: FDI; 1987. Commission on Oral Health. FDI Research and Epidemiology Working Group 5.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília: 2001.
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Levantamentos Básicos em Saúde Bucal*. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos, 1999.
12. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5): 1313-20.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB BRASIL 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília: 2004.
14. Fédération Dentaire Internationale (FDI). Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32: 74-7.

15. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35 (4): 349-55.
16. Reis, SCGB; Higino, MASP; Melo, HMD; Freire, MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8 (1): 67-73.
17. Colussi CF, Freitas SF. T, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(1): 86-97.
18. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 626-31.
19. Silva DD, Sousa MLR, Toledo R, Lisboa CM, Taglietta MF. Condições de saúde bucal em idosos na Cidade de Piracicaba. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2002; 56: 183-7.
20. Karkazis, HC; Kossioni, AE. Oral health status, treatment needs and demands of an elderly institutionalized population in Athens. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 1993; 1(4): 157-63.
21. Silva, SRC; Valsecki Júnior, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(4): 268-71.
22. Chagas IJ, Nascimento A, Silveira MM. Atenção odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. *Rev Bras Odontol* 2000; 57(5): 332-5.

recebido em: 18/04/05
versão final reapresentada em: 31/08/05
aprovado em: 08/09/05