

**SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW ARTICLE****LITERATURE REVIEW ON AGED'S BUCCAL HEALTH
REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A SAÚDE BUCAL DO IDOSO
REVISIÓN DE LITERATURA SOBRE LA SALUD BUCAL DEL IDOSO**

Maria de Fátima Bernardes de Lacerda¹, Maria da Conceição Siqueira de Lemos², Cláudia Alves de Sena³

ABSTRACT

Objectives: to review the national production of knowledge on elderly's buccal health, to identify the structure and methodology of the studies, to determine the publications number on the elderly's buccal health in Brazil. **Methodology:** literature review study search in electronic databases BIREME, LILACS and SciELO, whose descriptors were buccal health and elderly. The articles selected were characterized according to article theme, publication year, journal, methodology of the article, which were identified study type, population/sample, study place and instrument research. **Results:** from the nineteen analyzed articles, eight were referred to the buccal health epidemiology, two from the health profile, four from the self-perception and use of odontological services for elderly and one concerning to valuation of the theoretical model. **Final considerations:** the conclusion is for the necessity of greater adequateness of the professionals and odontology services to an implementation of the public politics of attention to the elderly. **Descriptors:** buccal; health; elderly.

RESUMO

Objetivos: realizar revisão da produção de conhecimentos nacional sobre saúde bucal do idoso, identificar a estrutura metodológica dos estudos e determinar o número de publicações sobre a saúde bucal do idoso no Brasil. **Metodologia:** estudo de revisão de literatura com busca em bases de dados eletrônicos da BIREME, LILACS e SCIELO, cujos descritores utilizados foram saúde bucal e idoso. Os artigos selecionados foram caracterizados segundo tema do artigo, ano de publicação, revista, metodologia do artigo, onde foram identificados tipo de estudo, população/amostra, local de estudo e instrumento. **Resultados:** dos 19 artigos analisados, oito referiam-se à epidemiologia da saúde bucal, dois a perfil de saúde, quatro à autopercepção da saúde bucal, três a autopercepção e uso de serviços odontológicos pelos idosos e um referente à validação de modelo teórico. **Considerações finais:** conclui-se que há necessidade de uma maior qualificação dos profissionais de odontologia e adequação dos serviços odontológicos às demandas dos idosos para uma efetiva implementação de políticas públicas de atenção a terceira idade. **Descritores:** saúde; bucal; idoso.

RESUMEN

Objetivos: realizar una revisión de la producción de conocimientos nacional sobre la salud bucal del idoso. **Metodología:** estudio de revisión de la literatura de búsqueda en bases de datos electrónicas, BIREME, LILACS y SciELO, los descriptores utilizados fueron la salud bucal y los ancianos. Los artículos seleccionados se caracterizaron segundo tema del artículo, año de publicación, revista, la metodología del artículo, que se identificaron el tipo de estudio, la población / muestra, el lugar de estudio y del instrumento. **Resultados:** de los 19 artículos analizados, ocho hacían referencia a la epidemiología de la salud bucal; dos a perfiles de salud; cuatro a la autopercepción de la salud bucal, tres a la autopercepción y uso de trabajos odontológicos por los mayores y uno referente a la validación de modelo teórico. **Consideraciones finales:** se concluye que hay necesidad de una mayor calificación de los profesionales de salud odontológica y adecuación de los servicios de odontología a las demandas de los mayores para una efectiva implementación de políticas públicas de atención a la tercera edad. **Descriptores:** salud; bucal; los ancianos.

¹Graduada em Odontologia e Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: mfatimalacerda@yahoo.com.br; ²Graduada em Odontologia e Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. E-mail: marislemos@yahoo.com.br; ³Graduada em Enfermagem. Especialista em Saúde do Idoso, Mestre em Hebiatria. Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: claudiasena2004@globocom

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno mundial. Atualmente no mundo, há 600 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, destes 60% residem em países em desenvolvimento, com uma infra-estrutura em saúde ainda precária.¹

No Brasil este processo é consequência da ocorrência do aumento da expectativa de vida média da população. Nos anos 60 inicia-se um movimento migratório, da zona rural para a urbana, resultado da industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. A urbanização veio propiciar maior acesso a serviços de saúde e saneamento, gerando a queda na mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e, paralelamente, queda da fecundidade. Dessa forma, houve um aumento da população adulta e idosa, a qual passa a liderar este crescimento.

De 1950 a 2025, o grupo de idosos no Brasil deverá aumentar em 15 vezes, enquanto o total da população em cinco vezes, o que significa 32 milhões de pessoas maiores de 60 anos.²

A mudança do perfil demográfico e o aumento da população idosa requer do profissional de saúde uma atenção especial ao idoso e participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida.³ Desse modo, a saúde geral desse grupo vem se massificando e, nesse contexto, a saúde bucal merece destaque. A prática vem denunciar que, no Brasil, a saúde bucal do idoso encontra-se em situação ainda precária, apresentando altos índices de edentulismo e necessidade de reabilitação oral, refletindo a supremacia de um modelo curativista e mutilador.⁴

O levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira entre 2002-2003⁵ realizado em nível macro regional, utilizando-se o índice CPOD (referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados), teve um índice de 27,8, para o grupo etário de 65 a 74 anos, o que significa que cada pessoa desse grupo possuía cerca de quatro dentes saudáveis; e o componente “perdido” é responsável por quase 93,00% do índice, revelando-se bastante acentuado. Foi também constatado, o percentual referente à necessidade do uso de prótese, 56,06% e 32,40 % necessitavam de próteses inferior e superior, respectivamente, sendo a prótese total a que apresentava maior necessidade para a reabilitação oral, constatando a alta prevalência de edentulismo. A meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 é de 50% de idosos com 20 dentes ou

mais, mas o resultado é de 10,23% no Saúde Bucal Brasil 2003.

O edentulismo é um dos piores agravos à saúde bucal. A possibilidade de controle desse agravo e os danosos impactos na vida das pessoas afetadas, desafiam a saúde pública a minimizar esse problema.⁶

Apesar de não existirem doenças bucais relacionadas diretamente à velhice, alguns problemas, como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, secura na boca, modificações no paladar e a perda da dimensão vertical tem efeito cumulativo, prejudiciais para o indivíduo.⁷

Embora os serviços em torno da saúde bucal do idoso ainda não se configurem exemplares, é importante ressaltar progressos no que se refere ao campo das políticas, visando a reorientar atuais e futuras ações. As portarias 1444/2000 e a 267/2001, são responsáveis pela inclusão da saúde bucal na atenção básica (PSF). A NOAS -2001 vêm garantir o controle da saúde bucal, dentre outros, por meio da gestão plena da atenção básica ampliada.

Sabe-se que há menções claras e literais sobre o idoso na inserção transversal das “linhas de cuidados” que prevê o reconhecimento de especificidades por idade – saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso.⁸

Nesse aspecto, evidencia a garantia de acesso aos serviços, atividades de educação em saúde, bem como prevenção; amplia a assistência odontológica à população e ao idoso, fazendo referência a inclusão da reabilitação protética na atenção básica. Todas essas ações levam em conta o disposto no Estatuto do Idoso.⁹

A política, de forma geral, começa a prevê o reconhecimento de especificidades próprias de cada grupo etário; um bom exemplo pode ser observado no Plano Municipal de Saúde/2006-2009, quando para consolidar o Modelo de Atenção à Saúde Bucal, propõe ampliar a rede com a implantação de laboratório de prótese dentária em cada Centro de Especialidade Odontológica (CEO).¹⁰

Sabe-se que existe muito ainda por ser feito, no entanto, as políticas revelam uma grande evolução no sistema de pensamento, para fundamentar e reorientar novas práticas.

Realizar uma revisão da produção nacional de conhecimento de saúde bucal do idoso, enfatizando seus aspectos metodológicos, identificar a estrutura metodológica dos estudos e determinar o número de publicações sobre a saúde bucal do idoso no Brasil, são os objetivos deste estudo, o qual buscará

contribuir e estimular novas pesquisas vinculadas ao tema, a fim de que estas venham a preencher as lacunas encontradas na área de saúde e esclarecendo a população, principalmente os idosos sobre a saúde bucal dos mesmos.

METODOLOGIA

A busca foi realizada em base de dados eletrônicos (BIREME, LILACS, SCIELO). A seleção dos descritores utilizados no processo de revisão foi efetuada mediante consulta ao DECS (Descritores de assunto em Ciências da Saúde da BIREME). Nas buscas os descritores considerados foram *saúde bucal* e *idoso*. A seleção foi baseada em artigos que apresentaram texto completo, desconsiderando os que apresentaram apenas resumo e não abordaram o tema sob o ponto de vista da saúde bucal do idoso.

Os artigos selecionados foram caracterizados segundo tema do artigo, ano de publicação, revista, metodologia do artigo, onde foram identificados tipo de estudo, população/amostra, local de estudo e instrumento. Por meio deste procedimento de busca foram identificados inicialmente 140

publicações (LILACS - 67, BBO - 45, ADOLEC - 12, MEDCARIB - 1) e em seguida foram identificados os artigos que atenderam aos critérios de inclusão: a) amostra que incluiu idosos mesmo abrangendo outras faixas de idade; b) coleta de dados realizada no Brasil; c) artigo original de pesquisa com seres humanos e artigos de revisão incluídos; d) publicações até início de 2008. Não foram incluídas teses, dissertações e monografias por ser inviável a busca sistemática.

Desse modo, dezessete artigos atenderam aos critérios de inclusão. Foram incluídos outros dois artigos publicados em periódicos não indexados, mas citados em lista de referência, totalizando dezenove artigos. Dos dezenove artigos analisados sobre as condições de saúde bucal do idoso brasileiro, alguns se referiam à epidemiologia da saúde bucal, outros a autopercepção da saúde bucal e também ao acesso e utilização de serviços odontológicos pelos idosos.

RESULTADOS

Tabela 1. Artigos incluídos na revisão. Recife, 2009.

Primeiro autor	ANO	Periódico	Local
Lima Martins, AMEB	2008	Cadernos de Saúde Pública	Região Sudeste
Lima Martins, AMEB	2008	Revista de Saúde Pública	Minas Gerais
Nico, LS	2007	Ciências e Saúde Coletiva	Botucatu (SP)
Benedetti, TRB	2007	Ciências e Saúde Coletiva	Florianópolis(SC)
Matos, DL	2007	Cadernos de Saúde Pública	Minas Gerais
Unfer, B	2006	Interface, Comunicação Saúde Universidade e Educação	Santa Maria (RS)
Mesas, AE	2006	Revista Brasileira de Epidemiologia	Londrina (PR)
Costa, ACR	2006	Revista Paraense de Medicina	Belém (PA)
Hiramatsu, DA	2006	Cadernos de Saúde Pública	Minas Gerais
Silva, AL	2006	Revista Brasileira de Epidemiologia	Fortaleza(CE)
Silva, DD	2005	Cadernos de Saúde Pública	São Paulo
Moreira, RS	2005	Cadernos de Saúde Pública	São Paulo
Reis, SCGB	2005	Revista Brasileira de Epidemiologia	Goiânia(GO)
Gaião, LR	2005	Revista Brasileira de Epidemiologia	Fortaleza(CE)
Rihs, LB	2005	Cadernos de Saúde Pública	Rio Claro (SP)
Feliciano, AB	2004	Cadernos de Saúde Pública	São Carlos (SP)
Silva, DD	2004	Cadernos de Saúde Pública	Rio Claro(SP)
Colussi, CF	2002	Cadernos de Saúde Pública	Brasil
Silva, SRC	2001	Revista de Saúde Pública	Araraquara (SP)

Tabela 2. Características dos Estudos Segundo os Aspectos Metodológicos

Características metodológicas	N	%
Tipo de estudo		
Estudo transversal	12	63,15
Estudo Qualitativo	03	15,78
Estudo de Revisão	04	21,05
População/Amostra		
Probabilística	07	36,84
Não Probabilística	06	31,58
Não Estatística	01	5,26
Sem amostra	05	26,31
Instrumento		
Questionário	07	36,84
Prontuário de Instituição	01	5,26
Dados secundários de Levantamentos epidemiológicos	05	26,31
Dados secundários da PNAD-IBGE	01	5,26
Base de dados de artigos indexados	05	26,31
Dados primários	08	42,10

Os artigos foram caracterizados segundo o tipo de estudo, o local da pesquisa, o ano de publicação, o periódico de publicação, a metodologia e os resultados encontrados.

Dos dezenove artigos analisados, oito referiam-se a epidemiologia da saúde bucal, dois a perfil de saúde, quatro a autopercepção da saúde bucal, três a autopercepção e uso de serviços odontológicos pelos idosos e um referente a validação de modelo teórico.

A Tabela 1 apresentou informações gerais sobre os dezenove estudos incluídos e publicados no ano de 2001 a 2008, mostrando a distribuição dos periódicos, o primeiro autor, ano da publicação e local de estudo.

O periódico que apresentou o maior número de estudos foi Cadernos de Saúde Pública (nove), seguidos de Revista Brasileira de Epidemiologia (quatro), Ciências e Saúde Coletiva (dois), Revista de Saúde Pública (dois), Revista Paraense de Medicina (um) e Interface, Comunicação Saúde e Educação (um).

O Estado de São Paulo apresentou o maior número de estudos publicados (oito), em seguida Minas Gerais (três), Ceará (dois), Goiás (um), Paraná (um), Santa Catarina (um), Pará (um) e Rio Grande do Sul (um).

Na Tabela 2 são apresentadas algumas características metodológicas encontradas nos estudos e embora faltando clareza de critérios definidos quanto ao delineamento da amostra encontraram-se sete amostras não probabilística-amostra de conveniência (36,84%), seis amostras probabilística (31,58%), uma não estatística – amostra teórica (5,26%) e cinco sem amostra, pertencentes a estudos de revisão (26,31%). Observou-se a predominância de amostras de conveniência (idosos institucionalizados, usuários de centros de saúde e outros).

Na composição da amostra houve variação quanto à faixa etária, três artigos incluíam adultos e dezesseis artigos eram apenas de idosos.

Quanto ao tipo de estudo, doze eram transversal (63,15%), três qualitativo (15,78%) e quatro eram de revisão (21,05%).

Quanto aos instrumentos utilizados, sete usaram questionário (36,84%) e um utilizou dados de prontuário de Instituição (5,26%) para facilitar a coleta dos dados, bem como

complementar os indicadores clínicos avaliados pelo cirurgião-dentista, oito usaram dados primários (41,10%) e a maioria (onze) usou dados secundários (57,88%).

Nos aspectos éticos, oito estudos fizeram referência a aprovação no Comitê de Ética, sete estudos mencionaram consentimento livre e esclarecido.

Outros aspectos foram observados como critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e citação de padronização prévia que foram referidos em nove estudos analisados e apenas quatro estudos fizeram referência a capacidade funcional do indivíduo idoso.

DISCUSSÃO

As linhas de estudo e pesquisa em saúde bucal devem priorizar a formulação de critérios, índices e indicadores, bem como periodicidade de realização sistemática de estudos epidemiológicos.¹¹

O grupo etário de 65 a 74 anos tem se tornado mais importante com as mudanças na distribuição etária e no aumento da expectativa de vida que vem ocorrendo em todos os países. Os dados deste grupo servem para o planejamento adequado de tratamento e monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados a uma população. Acrescentando-se que é importante manter a padronização metodológica para obtenção de resultados a respeito da prevalência e distribuição das doenças bucais, e para consolidar a epidemiologia como ferramenta fundamental na construção do Sistema Único de Saúde-SUS.¹²

No último levantamento de saúde bucal nacional 2002-2003, foi relatado para a idade de 65 a 74 anos um índice referente a dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD de 27,8 com um elevado componente dente perdido P= 25,83 (92,16%), cada idoso possuindo cerca de quatro dentes saudáveis. Há um crescimento da prevalência de cárie em função da idade. A condição periodontal severa com bolsas periodontais maiores que 4mm apresentou um Índice periodontal comunitário (Community Periodontal Index-CPI) de 6,3%. Melhores condições na Região Sul e piores condições na Região Norte. Mais de 80% dos sextantes excluídos, sem nenhum dente presente ou apenas um dente funcional o que baixa a prevalência de doença periodontal severa.⁵

Levando-se em consideração os estudos revisados, observaram-se relatos de altas prevalências de cárie e de edentulismo nos idosos, somando-se com questões referentes à autopercepção das condições de saúde bucal e ao padrão de utilização dos serviços odontológicos pelos idosos onde se comprovou

que a situação de saúde bucal do idoso é precária.

Na revisão do quadro epidemiológico dos idosos e acesso aos serviços odontológicos no Brasil, o índice para dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD dos artigos variou de 25 a 31, idosos com apenas 1 a 7 dentes saudáveis, mostrando-se elevado o nível de edentulismo e o número de indivíduos que usam prótese, com maior necessidade de prótese total do que parcial e maior necessidade de prótese inferior do que superior. As principais barreiras ao acesso aos serviços odontológicos foram a escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal. Constatou a precariedade das condições de saúde bucal refletindo a supremacia de um modelo assistencial curativista e mutilador limitado a extrações em série e serviços de urgência.⁴

A condição de saúde desta população é caracterizada como “efeito de coorte” e é determinada parcialmente por exposições passadas a certas condições.¹³

Na revisão dos estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal dos idosos no Brasil, as amostras de fácil acesso foram as mais utilizadas, e apesar de amostras probabilísticas mostrarem dados mais próximos da realidade requerem mais tempo, recursos financeiros e humanos, apresentando desvantagens operacionais. Os resultados dos artigos confirmam as precárias condições de saúde bucal em que se encontra a população idosa no Brasil, onde o índice para dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD variou de 26,8 a 31,0 com 84% do índice de componente perdido (P) e alta prevalência de edentulismo igual a 68%. Observou que na abordagem do tema odontogeriatría há um enfoque mais clínico do que voltado para a saúde pública.¹⁴

Os dois estudos de revisão^{4,14} identificaram a falta de padronização e escassez de dados nos artigos revisados.

Em Fortaleza-CE, idosos institucionalizados de 65 anos ou mais, independentes, total ou parcialmente dependentes, com índice para dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD de 29,73 e o componente perdido P= 28,42 (88,8%), significa alta prevalência de cárie e edentulismo onde 58,1% eram desdentados e 35,0% apresentavam dentes com raízes expostas. A necessidade de algum tipo prótese superior foi de 84,4% e 88,7% de prótese inferior. Foram excluídos 87,8% dos sextantes por possuírem menos de dois dentes hígidos. Dos 117 sextantes restantes 83,8% apresentava cálculo dentário. Os resultados maiores do que o do levantamento de saúde bucal

nacional⁵ indicam que a saúde bucal não é prioridade na saúde pública.¹⁵

Em Goiás, no levantamento das condições de saúde bucal de idosos de 60 anos ou mais independentes, total ou parcialmente dependentes, residentes em instituições filantrópicas e públicas¹⁶ o índice para dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD médio foi de 30,17 com 95,38% do índice de componente perdido (P) e a prevalência de edentulismo de 69,2%. Sendo o uso de prótese de 49,48% e a necessidade de uso de prótese de 80,28%, com 59,17% de necessidade de prótese superior e 51,21% de inferior. Houve alterações de tecido mole em 13,49% dos idosos. Foram excluídos mais de 60% dos sextantes e na condição periodontal houve predominância de cálculo dentário em 55,06% dos indivíduos, bolsa periodontal de 4 a 5mm em 14,60% dos indivíduos e perda de inserção de 0 a 3mm em 37,08% dos indivíduos. O resultado do índice de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD e o componente perdido (P) foi maior do que o encontrado em Fortaleza em idosos institucionalizados¹⁵ e no levantamento de saúde bucal nacional no Brasil e Região Centro-Oeste em idosos não institucionalizados na faixa etária de 65 a 74 anos, examinados em seus domicílios.⁵

O aumento continuado do índice de cárie a medida que a idade avança é resultado das extrações múltiplas e em larga escala, e de forma inevitável já a partir dos 30 anos, como observado no primeiro levantamento nacional de saúde bucal de 1986. Com a tendência de redução da cárie na dentição permanente em crianças, espera-se uma gradativa mudança de enfoque pelas ações preventivas e educativas, direcionando-se cada vez mais para outros grupos etários.¹⁶

Em Rio Claro-SP, em idosos de 65 a 74 anos e adultos de 35 a 44 anos, a porcentagem de edentulismo de 74,25% para os idosos que apresentaram em média apenas um dente saudável e de 8,91% para os adultos é a consequência das extrações em série, da cárie dentária e da doença periodontal. O índice de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD médio dos idosos foi 31,09 com o componente perdido P = 28,80 (92,64%) maior que o encontrado em Fortaleza¹⁵ e pelo Estado de São Paulo 1998. O índice de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD dos adultos foi de 22,86 com 57% de dentes restaurados e 40,54% de dentes perdidos. Quanto a necessidade de prótese total superior e inferior para os idosos foi de 48,5% e 45,5% respectivamente e para os adultos 1% em ambas as arcadas. O Índice periodontal comunitário (Community Periodontal Index-CPI) para sangramento

gingival, cálculo e bolsa periodontal revelou 70,4% de idosos e 79,3% de adultos com periodonto hígido, 25,9% de idosos e 14,1% de adultos com tártaro. A predominância de cálculo dentário também é encontrada em Goiás¹⁶. A Perda de Inserção Periodontal-PIP, apresentou maior frequência entre 0 e 3mm com 85,2% para idosos e 86,8% para adultos.¹⁷

Em Londrina-Paraná nos idosos de 60 a 74 anos, funcionalmente independentes, residentes em área urbana, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD médio de 27,9 próximo ao do levantamento nacional de saúde bucal⁵ com 85,9% do índice de componente perdido (P) confirma resultados de estudos anteriores realizados no Brasil.^{16,17} O percentual de edêntulos 43,1% com identificação de apenas 16,5% de idosos com 20 dentes naturais ou mais presentes mostra uma realidade semelhante à encontrada no Brasil onde apenas 10,2% apresentava esta condição⁵. A necessidade de prótese foi de 45,7% na arcada inferior e 19,1% na superior, semelhante ao resultado do Ministério da Saúde-MS (2003)⁵ para a Região Sul do Brasil e menor que a relatada para as Regiões Norte e Nordeste. O uso de prótese foi similar ao Ministério da Saúde-2003⁵, e o uso de prótese maior na arcada superior (73,8%) e menor na inferior (49,1%) similar ao encontrado em outros estudos.^{16,17} Houve alto percentual de sextantes excluídos (75,5%) por apresentarem menos de dois dentes naturais presentes, percentual de exclusão encontrado em outros estudos nacionais,^{5,7,16,17,24} onde 35,8% e 49,2% dos sextantes presentes apresentavam cálculo e bolsa periodontal respectivamente sendo que a bolsa de 4 a 5 mm foi a mais frequente. As lesões de mucosa associadas tiveram uma frequência de candidose de 18,6% menor se comparada a outros autores. Quase metade dos usuários de prótese 40,7%, apresentou alteração de mucosa. A precariedade da condição bucal denota falha na atenção odontológica ou prática não conservadora em etapas anteriores da vida do idoso.¹⁸

Em outros estudos citados,^{15,16} o cálculo dentário foi a condição mais frequente em idosos institucionalizados total ou parcialmente dependentes e com maior proporção de sextantes excluídos o que pode justificar a diferença. Existe consenso nacional sobre a baixa participação da condição de periodonto sadio e alta frequência de cálculo e bolsa periodontal.¹⁸ Em idosos institucionalizados e não institucionalizados de Araraquara-SP⁷, o índice que indica necessidade de tratamento (Community Periodontal Index and Treatment Needs-CPITN), apresentou predominância de

bolsa periodontal em 57 e 75% dos idosos respectivamente.

Em Minas Gerais, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD-1998 e 2003 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE como base do modelo teórico de Andersen e Davidson. Houve relatos de desigualdades sociais associadas ao uso de serviços odontológicos. A prevalência de visitas há menos de um ano aumentou de 13,2 para 17,4%.¹

Em Botucatu-SP, uma abordagem qualitativa com significado de teoria fundamentada em dados, para validação de um modelo teórico representativo da experiência do idoso com a saúde bucal ao longo da vida, que serve para elaboração de programas de autoavaliação. É considerado de valiosa contribuição para o cirurgião-dentista e norteador das políticas de saúde, inclusive as de saúde bucal.¹⁹

Na região Sudeste de São Paulo, em adultos e idosos, a prevalência de cárie radicular foi de 15,6% para adultos de 35 a 44 anos e 31,8% para idosos de 65 a 74 anos. A média de raízes cariadas foi de 0,18 e 0,53% para adultos e idosos respectivamente. Esclarecendo que o declínio na prevalência de edentulismo pode resultar em aumento do risco de desenvolver cárie radicular no futuro, sendo preciso, dessa forma, profissionais qualificados para o diagnóstico.²⁰

No município de São Carlos-SP, o perfil de saúde de idosos de baixa renda, estima que 87% dos idosos procuraram por serviços de saúde nos últimos meses, não afirmando se esses serviços responderam as suas reais necessidades e 74,9% eram portadores de 1 a 5 doenças crônicas. As doenças de maior prevalência foram hipertensão arterial (61,0%) problemas de coluna (60,0%) má circulação (35,0%). O diabetes mellitus e a obesidade foi de 22,3% e 20,1% para mulheres e de 16,3% e 8,8% para os homens. A catarata, o reumatismo, acidente vascular cerebral (AVC), úlcera do estômago, infarto e asma foram mais relatados pelos homens. Na atividade de vida diária (AVD) 23,6% relataram independência, 13,7% dependência parcial ou total. Na capacidade cognitiva mais da metade dos idosos apresentaram escores inferiores a 24 pontos no teste cognitivo.²¹

Na Universidade de Fortaleza (Unifor), comparando o perfil epidemiológico de adultos e idosos, verificou-se que as doenças cardiovasculares, músculo esqueléticas, endocrinológicas e geniturinárias foram as mais recorrentes tendo maior frequência nos pacientes com mais de 60 anos. Essas alterações fisiológicas desenvolvidas com o

aumento da idade influenciam o tratamento odontológico. Observou-se o uso de variados medicamentos, havendo necessidade de uma relação direta entre o tratamento odontogeriatrico e as manifestações sistêmicas. A sensação de boca seca (xerostomia) foi relatada por 16% dos idosos de 60 anos ou mais e apenas 9,1% dos adultos entre 45 e 59 anos.²²

Em Araraquara-SP, na autopercepção de idosos institucionalizados de 60 anos ou mais de um centro de saúde, observou-se as condições precárias do levantamento epidemiológico com índice de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD de 26,66% e 77,2% de dentes extraídos uma média de 11,4% de dentes por pessoa, e na avaliação da condição periodontal pelo CPITN (Community Periodontal Index and Treatment Needs) 34,7% de bolsas periodontais. Foi encontrada a porcentagem de 44,8% na necessidade de uso de prótese dentária. O índice Geriatric Oral Assessment Index (GOHAI) foi em média 33,8 (acima de 30) sendo que 42,7% das pessoas avaliaram a condição bucal como regular o que contrasta com a condição clínica, pois o indivíduo teve visão positiva, mesmo com dados não satisfatórios e revela que na percepção da saúde são utilizados critérios diferentes da avaliação pelo profissional.²³

Em Rio Claro-SP, na autopercepção de idosos com 60 anos ou mais o índice de dentes cariados, perdidos e obturados-CPOD médio foi de 29,12%, apresentando 70,3% de sextantes excluídos com média de 3,51 por indivíduos. Para a avaliação da condição periodontal pelo Índice Periodontal Comunitário (Community Periodontal Index-CPI), o cálculo dentário apresentou a maior prevalência (9,0%) e a Perda de Inserção Periodontal-PIP apresentou a maior prevalência de 0 a 3mm (21,2%). O total de edêntulos foi de 45,5% a maioria reabilitados, apresentando baixa porcentagem de necessidade de prótese. A média do índice Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) foi de 33,61 (acima de 30).²⁴

Esses dois estudos^{23,24} mostraram resultados similares quanto ao índice Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) acima de 30, que corresponde a uma percepção positiva da saúde bucal e diferente da realidade das condições clínicas. As questões do índice analisaram informações fornecidas pelos próprios indivíduos quanto à influência de seus problemas de saúde bucal nas dimensões: física/funcional, psicossocial/psicológica. Os indicadores subjetivos são usados como um instrumento

de avaliação que complementa as informações clínicas com sinais objetivos da doença.

Em Bauru-SP, a autopercepção da saúde bucal da população idosa de origem japonesa e avaliação da influência do edentulismo na condição bucal utilizando a metodologia do “discurso do sujeito coletivo” foi constatado que a aculturação é mais intensa na segunda geração. Os principais cuidados com a saúde bucal entre os indivíduos dentados foram escovação, uso de fio dental e enxaguatório bucal e entre os edêntulos foram escovação, imersão da prótese em produtos químicos e bochechos com enxaguatórios bucais. A principal queixa foi sobre desconforto com as próteses parciais e uso de próteses totais. A última visita ao dentista deu-se 1,4 anos para os dentados e 6,3 anos para os edentados. Os indivíduos com dentes foram mais assíduos ao exame pelo dentista do que os edêntulos. O principal motivo da visita ao dentista foi tratamento periodontal, restaurador e profilático pelos indivíduos com dentes e a troca e o ajuste de prótese pelos edêntulos. A percepção refletiu escassez de cuidados quanto a saúde bucal sendo observado que a autopercepção pode ser afetada por crenças de que algumas incapacidades são inevitáveis nessa idade.²⁵

Na Universidade Federal de Santa Maria-RS, na autopercepção da perda de dentes em idosos foi sugerido que a falta de dentes trouxe problemas funcionais e psicológicos que parecem ser compensados pela resolução do problema estético. As justificativas reveladas pelo sujeito coletivo para o edentulismo refletem o modelo de atenção a saúde onde predomina procedimentos cirúrgico-restauradores e reabilitadores em detrimento de ações preventivas e educativas.²⁶

Em Florianópolis-SC, a autopercepção do estado dos dentes esteve associada apenas a renda familiar. Foi observada alta prevalência de edentulismo, uso de próteses e pouca procura por serviços odontológicos. A maneira singular como o idoso percebe sua saúde bucal é observada pela discrepância entre níveis de edentulismo e autopercepção de saúde bucal, indicando que a ausência de dentes não é vista como problema de saúde bucal pelos idosos²⁷ o que também foi observado no levantamento de saúde bucal nacional⁵ e outros estudos.^{14,24}

Na Região Sudeste do Brasil, foram identificadas as características do uso de serviços odontológicos onde os idosos que usaram o serviço odontológico há menos de um ano foram comparados aos que usaram o serviço há mais de um ano. A análise por

extratos de dentados e edentados pode ser pioneira no Brasil, apresentando uma prevalência de 32% e 11% respectivamente. Evidenciou que a proporção do uso de serviços odontológicos pelos idosos foi muito baixa e os fatores associados ao uso entre dentados e edentados têm diferenças relacionadas a iniquidades no uso de serviços²⁸.

Em Minas Gerais, foi feita a identificação de fatores objetivos e subjetivos associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos brasileiros, constatando que informações, condições de saúde bucal e questões subjetivas estiveram associadas à autopercepção. Do total de idosos apenas 55% relataram necessitar de tratamento odontológico.²⁹

A alta prevalência de cárie e edentulismo revelada pela maioria dos estudos também foram encontradas nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal realizados pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986 e 2003.^{5,30}

Torna-se um desafio para as futuras pesquisas associar elementos clínicos com os de Saúde Pública.

CONCLUSÃO

Considera-se que a estrutura das políticas públicas de saúde deve estar fundamentada no diagnóstico de problemas específicos, por isso, faz-se necessários estudos relacionados com a saúde bucal dos idosos.

Apesar dos avanços tecnológicos de grande eficácia clínica na odontologia, observaram-se relatos de alta prevalência de cárie, edentulismo e também desigualdades nas questões relacionadas com o acesso e utilização dos serviços e discrepância na autopercepção das condições de saúde bucal pelos idosos, e constatou-se a precariedade da saúde bucal do idoso e que a saúde bucal desse grupo etário não é prioridade para a saúde pública.

A alta prevalência de cárie e edentulismo revelada pela maioria dos estudos também foram encontradas nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal realizados pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986 e 2003.

Diante do alto grau de edentulismo devido à falta de políticas destinadas a população adulta e idosa, vale lembrar, de acordo com Pinto¹¹ que as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal 2004 aprovada pelo Ministério da Saúde, prevê a ampliação da atenção básica com reconhecimento de especificidades por idade, inclusão da reabilitação protética e também qualificação da atenção secundária e terciária com

implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) e Centros de Laboratórios de Prótese Dentária (CLPD).

A permanência do modelo assistencial centrado na doença dificulta a expansão das redes e serviços. Recomenda-se que na reorganização da atenção básica seja priorizado o atendimento às necessidades da população idosa e dentre outros fatores a presença de profissionais devidamente qualificados para resolução de problemas de saúde bucal pela ocorrência de cárie, doença periodontal, edentulismo e câncer de boca, e priorizado também o aumento do acesso aos serviços odontológicos.

Conclui-se pela necessidade de maior adequação dos profissionais e serviços de saúde para uma efetiva implementação de políticas públicas de atenção aos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Matos DL, Lima-Costa MF. Tendência na Utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). Cad. Saúde Pública 2007 nov; 23(11):2740-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde do Idoso-Portaria no. 1.395/GM - 10/12/99. Brasília;1999.
3. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública, 2003;19[3]:839-47.
4. Moreira RS, Nico LS, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro. Revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad Saúde Pública. 2005;21(6):1665-75.
5. Brasil. MS. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB-BRASIL 2003. Condições de Saúde Bucal da população brasileira: Resultados principais. Brasília DF; 2004.
6. Barbato PR, Pagano HCM, Zancher FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). Cad Saúde Pública. 2007;23(8): 1803-14.
7. Silva SRC, Valsecki Junior. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. Rev. Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health. 2000.
8. Brasil. MS. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília DF; 2004.
9. Recife. Secretaria de Saúde (SS). Plano Municipal de Saúde. 2006-2009: Recife

saudável: inclusão social e qualidade no SUS. Recife; 2009.

10. Brasil. Estatuto do Idoso: Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Brasília: Câmara dos Deputados; 2003.

11. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 5. ed. São Paulo: Santos; 2008.

12. Roncalli AG, Frazão P, Patussi MP, Araújo ICde, Ely HC, Batista SM. Projeto SB 2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. Rev.Bras.Odontologia e Saúde Coletiva 2000;1(2):9-25.

13. Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2006. Cap.16. p.502

14. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos de saúde bucal do idoso no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2002;18(5)1313-20.

15. Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005;8(3):316-23.

16. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMDde, Freire M do CM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia - GO, 2003. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005; 8(1):67-73.

17. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004 mar/abr; 20(2):626-31.

18. Mesas AE, Andrade SMde, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. Revista Brasileira de Epidemiologia 2006; 9(4):471-80.

19. Nico LS, Bocchi SCM, Ruiz T, Moreira RS. A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. Ciência e Saúde Coletiva 2007;12(3):789-97.

20. Rihs LB, Sousa MLR, Wada RS. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005 jan/fev;21(1):311-6.

21. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad Saúde Pública. 2004 nov/dez; 20(6):1575- 585.

22. Silva AL, Saintrain MVL. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção

odontológica. Revista Brasileira de Epidemiologia 2006;9(2):242-50.

23. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Revista de Saúde Pública. 2001; 35(4): 349-55.

24. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. Cad Saúde Pública. 2005;21(4): 1251-9.

25. Hiramatsu DA, Franco LJ, Tomita NE. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2441-8.

26. Unfer B, Braun K, Silva CP, Pereira Filho LD. Autopercepção da perda de dentes em idosos. Interface. Comunicação, Saúde e Educação. 2006;9(18):217-26.

27. Benedetti TRB; Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12 (6):1683-1690.

28. Lima Martins AMEB, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste ;do Brasil - Projeto SB Brasil. Cad Saúde Pública. 2008 jan;24(1):81-92.

29. Lima Martins AMEB, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. Revista de Saúde Pública. 2008; 42(3):487-96.

30. Brasil. MS. Levantamento epidemiológico em Saúde bucal: Brasil. Zona Urbana, 1986. Brasília; 1988.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2008/10/14

Last received: 2009/01/09

Accepted: 2009/01/10

Publishing: 2009/04/01

Corresponding Address

Maria de Fátima Bernardes de Lacerda
Rua José de Alencar, 456. Ap.108 - Bloco B
Boa Vista
CEP: 50070030 – Recife (PE), Brasil