

# Condições da saúde bucal do idoso brasileiro

## *Oral health conditions of brazilian elderly*

Eliana da Penha Campostrini<sup>1</sup>  
Efigênia Ferreira e Ferreira<sup>2</sup>  
Fábio Lopes Rocha<sup>3</sup>

### RESUMO

O idoso brasileiro apresenta muitos problemas bucais em virtude da ausência de programas públicos específicos para a faixa etária e da redução de renda que ocorre nessa população e que impede o acesso a serviços privados. A situação também reflete a herança de uma prática odontológica iatrogênica-mutiladora e de valores culturais e comportamentais, tanto dos pacientes quanto dos profissionais. Do ponto de vista da saúde pública, para mudar o quadro são esperadas ações preventivas, assistenciais e de reabilitação de acordo com o propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso vinculada às demais políticas públicas em vigor. Este estudo relata a situação da saúde bucal do idoso brasileiro por meio da revisão de literatura de dados epidemiológicos publicados desde 1998.

**Descritores:** Saúde bucal, Idoso, Saúde do idoso, Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil vem acontecendo de maneira rápida. Sem atenção e investimentos satisfatórios, esse processo pode determinar problemas graves, sobretudo em relação à promoção da saúde e assistência nessa faixa etária<sup>1</sup>.

A saúde bucal é, conforme a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, merecendo atenção especial no caso do idoso. A expressão “saúde bucal” engloba um conjunto de condições biológicas e psicológicas, que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigar, deglutir e falar. Apresenta também dimensão estética, que interfere na auto-estima e no relacionamento social sem inibição ou constrangimento. A impossibilidade do exercício de uma ou mais dessas funções acarreta quadro de *incapacidade bucal* transitória ou permanente, cujo grau, abrangência e evolução serão variáveis de indivíduo para indivíduo, segundo o tempo, as características clínicas, as possibilidades terapêuticas e a inserção social de cada um<sup>2</sup>.

Historicamente, a mutilação dentária tem sido uma das características mais marcantes da prática odontológica em todo o mundo. O edentulismo,

decorrente da cárie dentária e das doenças periodontais, produz incapacidades importantes que nem sempre são percebidas como problemas funcionais relevantes<sup>3</sup>. No Brasil, a maioria dos idosos não tem condições de suprir suas necessidades básicas e a saúde bucal passa a não ser uma prioridade<sup>4</sup>.

O objetivo do presente estudo é a revisão bibliográfica odontológica em busca de levantamentos epidemiológicos que avaliaram as condições da saúde bucal do idoso brasileiro, enfatizando o perfil epidemiológico da cárie dentária e perda dentária, a doença periodontal e o uso e necessidade de prótese dentária, tanto do idoso institucionalizado quanto dos que vivem na comunidade.

### MÉTODO

Todos os artigos que constavam na literatura de 1998 até fevereiro de 2006 sobre saúde bucal do idoso no Brasil foram identificados no MEDLINE utilizando-se os descritores: “dental health surveys”, “dental caries”, “periodontal diseases”, “dentures” associados às palavras “elderly”, “dental care for age”, “middle age” e “aged, 80 and over”. Na LILACS e BBO pesquisaram-se: saúde bucal, epidemiologia, levantamentos de saúde bucal, prótese dentária, dentaduras, cárie dentária, doença periodontal, odontologia geriátrica, saúde pública, assistência odontológica para idosos, acesso aos

<sup>1</sup>Mestranda em Ciências da Saúde – IPSEMG, <sup>2</sup>Professora da FO-UFMG,

<sup>3</sup>Professor do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde - IPSEMG

serviços de saúde, associadas às palavras-limite idoso e meia idade.

Os artigos selecionados estavam em português, inglês e espanhol, com dados epidemiológicos internacionais ou nacionais sobre cárie dentária e perda dentária, doença periodontal e uso e necessidade de próteses dentárias. Após a seleção, procedeu-se à análise das referências bibliográficas para complementação.

## RESULTADOS

Foram encontrados na literatura brasileira dois

levantamentos epidemiológicos em escala nacional e um no estado de São Paulo, além de 28 em diferentes cidades, comparando-os com 17 estudos internacionais. Dos 28, cinco trabalharam com idosos institucionalizados e não institucionalizados, sete somente com idosos institucionalizados, dois com grupos étnicos específicos e 14 foram distribuídos entre amostras com idosos usuários de centros de saúde e/ou grupos de convivência e/ou amostra domiciliar (Tab. 1).

**Tabela 1.** Relação dos estudos epidemiológicos sobre saúde bucal realizados no Brasil

Autor/Ano	Amostra	Faixa etária (em anos)	n	CPOD	Edentulismo %	Alteração periodontal	Uso (U) e necessidade (N) de prótese (%)
Ministério da Saúde (1988) <sup>5 *</sup>	P	50-59	2.256	27,2	73,5	1,3% sadio e 7,4% tratamento cirúrgico	U 56 PT, N 27 PT
Ministério da Saúde (2003) <sup>6 *</sup>	P	65-74	5.349	27,8	±60,8	7,9% sadio 4,45% DP grave	U 57,9 PTS/24,8 PTI N 16,1 PTS/23,8 PTI
SESSP (1998) <sup>7</sup>	CS e CC	65-74	4.894	29,0	-	13,6% cálculo. 70,9% sextante nulo	U 69,4 PTS/80 1 PTI N 85,6 PTS/88 7 PTI
Rosa <i>et al.</i> (1992) <sup>8</sup>	D e I	60 +	D= 84 I = 152	D = 29,0 I = 31,0	D= 65 I = 75	D= 50% I = 67% bolsas	UD= 76 PTSI I= 30PTSI ND= 11 PTSI I=55PTSI
Rosa <i>et al.</i> (1993) <sup>4</sup>	D e I	60+ **	257	FI = 28,7 PI = 30,6 TD = 31,0	52 78 85	64,5% bolsas superfic/profundas 20% cálculo	U 47 PT – N 38 PT
Dini;Castelhano s (1993) <sup>9</sup>	-	-	-	-	76	-	-
Pereira <i>et al.</i> (1996) <sup>10</sup>	CS	60-70 71 +	104	-	-	71,5% de sextante nulo	-
Frare <i>et al.</i> (1997) <sup>11</sup>	D	55 +	182	-	64,6	34% alteração gengival	U 50,13 PTS
Fernandes <i>et al.</i> (1997) <sup>12</sup>	CS	60+	104	-	47	-	U 81,7
Saliba <i>et al.</i> (1999) <sup>13</sup>	I	42-102	97	25,1	69	58% cálculo	U 48 (pelo menos 1 PT)
Saliba <i>et al.</i> (1999) <sup>14</sup>	I	40+	90	-	62,2	-	U 50 algum tipo
Pereira <i>et al.</i> (1999) <sup>15</sup>	I	50-75 75+	151	50-75=30,7 75 + =31,5	75,3 85,7	-	N 50-75 = 78,2 75 + = 82,9 NPPR/ PT
Meneguim; Saliba (2000) <sup>16</sup>	CC	45+	45-49 = 72 60-69 = 84 70 + = 53	26,6	-	7% tratamento complexo	U 65,5 PTS, 36,3 PTI
Chagas <i>et al.</i> (2000) <sup>17</sup>	CS	60-90	134	25,1	6,7	7,1% sadio 42,5 cálculo	U 23 PTS, 2 PTI N 79,85 PT ou parcial
Silva; Valsecki Jr (2000) <sup>18</sup>	I-NI	60 +	91 (I) 103 (NI)	30,9 (I) 30,3(NI)	72 (I) 60 (NI)	Cálculo e bolsa rasa	U 63 (I) 83 (NI)
Cangussu <i>et al.</i> (2001) <sup>19</sup>	CC e I	35-44 65 +	107 50	21,0 28,1	-	17,2% - cálculo (faixa-etária 65+)	U 36 PT, N 31 PT
Scelza <i>et al.</i> (2001) <sup>20</sup>	CS	60 +	103	27,9	47,6	-	U72,8 PTS e 33 PTI
Silva;Fernandes (2001) <sup>21</sup>	CS	60+	201	26,7	-	34,7% bolsas profundas	N 44,8
Meneghim <i>et al.</i> (2002) <sup>22</sup>	I	54-93	151	-	-	50-75 -32,1% cálc. 75 + -22,2% sangr.	-
Tomita <i>et al.</i> (2002) <sup>23</sup>	GE	60 +	204	-	-	45% cálculo	-
Silva <i>et al.</i> (2002) <sup>24</sup>	CC	65-74	61	29,5	60,65	50% cálculo	U 80 PTS e 57 PTI N 4,92 PTI
Caldas JR <i>et al.</i> (2002) <sup>25</sup>	I NI	60 +	198	29,2	I - 61,7% NI-52,1%	-	-
Tomita <i>et al.</i> (2003) <sup>26</sup>	GE	40-79	530	-	46	-	-
Silva <i>et al.</i> (2004) <sup>27</sup>	CC	65-74	101	31,1	74,2 %	11,4% sem DP	U 52,5 PTS, 35,6PTI N 48,5 PTS, 45,5PTI
Gomes <i>et al.</i> (2004) <sup>28</sup>	NI	65-74	49	29,5	-	-	-

Autor/Ano	Amostra	Faixa etária (em anos)	n	CPOD	Edentulismo %	Alteração periodontal	Uso (U) e necessidade (N) de prótese (%)
Colussi <i>et al.</i> (2004) <sup>29</sup>	ZR/ZU	60 +	277	28,9	48,4%	-	U 60,3 PTS, 27 PTI N 47,7 PTS, 42,6PTI
Reis <i>et al.</i> (2005) <sup>30</sup>	I	60+	289	30,1	69,2%	55% condição de cálculo	U 45,3 PTS, 24,5PTI N 59,2 PTS, 51,2PTI
Gaião <i>et al.</i> (2005) <sup>31</sup>	I	65 +	160	29,7	58,1%	prevalência de cálculo	N 84,4 algum tipo sup. 88,7 inferior
Rihs <i>et al.</i> (2005) <sup>32</sup>	CS CC	65-74	425	-	-	-	-
Silva <i>et al.</i> (2005) <sup>33</sup>	C e CC	60 +	112	29,1	58,2%G1 33,3%G2	70,2% sextantes excluídos	U 69,6PTS, 42,9 PTI
Carneiro <i>et al.</i> (2005) <sup>3</sup>	I	65-74 75 +	293	30,8	68,3%	Prevalência de cálculo 94,7%	U 48,1 PTS, 22,5 PTI

\* Nacional. Os demais foram cidades de São Paulo; Pelotas-RS; Rio de Janeiro-RJ; Recife-PE; Biguaçu-SC; Goiânia-GO; Fortaleza-CE.

\*\* grau de dependência funcional. FI = funcionalmente independente, PI = parcial indep. e TD= total dependência MS= Ministério da Saúde; C=conveniada; CC=centro de convivência; CS= centro de saúde; D= Domiciliar; DP= doença periodontal;; GE= grupo étnico; I=institucionalizada; N= necessidade; NI= não institucionalizada; P= populacional; PTI= prótese total inferior; PPR= prótese parcial removível; PTS= prótese total superior; U= Uso; ZR= zona rural; ZU= zona urbana.

## CÁRIE DENTÁRIA E PERDA DENTÁRIA

A cárie dentária é uma doença multifatorial<sup>34</sup> que afeta os idosos principalmente por meio de cáries recorrentes e radiculares. De acordo com os dados disponíveis em âmbito mundial, a cárie é o principal problema bucal dos indivíduos com 60 anos ou mais<sup>35</sup>.

Os idosos apresentam risco aumentado para o desenvolvimento da cárie devido ao alto número de alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, ocorrência de múltiplas enfermidades, exposição de superfícies radiculares, redução do fluxo salivar induzida por drogas, dieta cariogênica, redução da destreza manual ou motivação para a higiene bucal, além de fatores psicossociais<sup>36</sup>.

A perda parcial ou total dos dentes, processo irreversível e cumulativo, é um dos principais problemas em idosos, pelo grande número de pessoas atingidas e pelas conseqüências não só em relação à saúde bucal, mas também pelas repercussões negativas sobre o estado psicológico e sobre a saúde geral de cada um<sup>37</sup>.

Em estudos epidemiológicos, a cárie dentária e a perda dentária são medidas pelo índice CPO-D, que indica o número de dentes permanentes (D), cariados (C), perdidos (P) e restaurados (O). A utilização desse índice e os critérios para avaliação são preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>38</sup>.

No Brasil, a primeira investigação em esfera nacional realizado em 1986 avaliou pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos de idade e o CPO-D

encontrado foi de 27,2, com 86% dos dentes perdidos, 4,9% cariados e 5,8% restaurados<sup>5</sup>. Os resultados mostraram a prática odontológica iatrogênica-mutiladora, com 73,5% dessa população apresentando edentulismo.

O segundo estudo nacional, o Projeto SB Brasil realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, avaliou 5.349 idosos de 65 a 74 anos. O CPO-D encontrado foi de 27,8, tendo o componente “perdido” representado 92,9% do índice, o “cariado” 4,2% e o “restaurado” 2,6%<sup>6</sup>. Nessa faixa etária, a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>38</sup> e a Federação Dentária Internacional (FDI)<sup>39</sup> estabeleceram a meta número 5 para o ano 2000: “na faixa etária de 65 a 74 anos, 50% das pessoas devem apresentar 20 dentes em condições funcionais.” A porcentagem de pessoas com essa condição chegou a 10,2%.

No estado de São Paulo, um levantamento investigou idosos de 65 a 74 anos. O índice CPO-D foi de 29,0, com 93,4% dos dentes perdidos, 2,4% cariados e 4,5% restaurados<sup>13</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados entre idosos institucionalizados e não institucionalizados em cidades de São Paulo, confirmando-se que a extração dentária é o tratamento mais empregado como forma de solucionar os problemas bucais da população senil<sup>8,18,19</sup>. Valores aproximados também foram encontrados no município de São Paulo em três grupos de idosos com 60 anos ou mais caracterizados quanto ao estado de dependência funcional, cujo CPO-D chegou a 31,0 entre os idosos totalmente dependentes<sup>4</sup>.

Estudos realizados em cidades do estado de São Paulo em indivíduos frequentadores de grupos de terceira idade e de centros de saúde revelaram variação do CPO-D de 26,8 a 31,1<sup>16,21,24,27,28</sup>. O CPO-D chegou a 31,5 nas pesquisas que avaliaram somente idosos institucionalizados<sup>3,15</sup>.

Na região sudeste do estado de São Paulo a prevalência de cárie radicular registrada em idosos apresentou-se relativamente baixa, com percentual de 31,8% e média de dentes presentes na cavidade bucal de 9,6, provavelmente devido à pouca quantidade de dentes presentes<sup>32</sup>.

Ainda em um município de São Paulo, uma população de origem japonesa mostrou baixa qualidade da saúde bucal. As maiores perdas dentárias foram encontradas nos portadores de diabetes tipo I em comparação aos outros grupos estudados (tolerância à glicose diminuída e normoglicêmicos). Pôde-se concluir, nesse estudo, que o edentulismo apresenta associação significativa com a ocorrência de diabetes *mellitus*<sup>26</sup>.

No Rio de Janeiro, um resultado foi considerado melhor quando comparado com outros levantamentos feitos no Brasil, provavelmente decorrente do acesso dessa população a tratamento odontológico sistemático, independentemente do fator de renda<sup>17</sup>. Na mesma cidade foi encontrado CPO-D de 27,9. Os autores atribuíram o elevado número de perdas dentárias à época em que as extrações dentárias eram indicadas, tanto pelos médicos como pelos cirurgiões-dentistas, baseadas na teoria da infecção focal como medida profilática de doenças sistêmicas<sup>20</sup>.

No estado de Santa Catarina, uma pesquisa com idosos distribuídos por faixa etária mostrou que a prevalência de edentulismo é mais elevada com o aumento da idade<sup>29</sup>.

Do ponto de vista epidemiológico, a condição da saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil e em diversos países também é precária.<sup>40,41,42</sup> Estudos realizados no último ano em Goiânia-GO<sup>30</sup>, Fortaleza-CE<sup>31</sup> e Zona Leste de São Paulo<sup>3</sup> mostraram CPO-D de 30,2, 29,7 e 30,8, respectivamente, sendo o fator “dente perdido” o que mais contribuiu para esses altos valores. Esses dados confirmam que o estado da saúde bucal dos idosos institucionalizados é deficiente, especialmente devido à alta prevalência de cárie e edentulismo.

## DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal é outra condição frequente entre idosos e pode aparecer na forma de retração gengival, gengivite ou periodontite. Os índices e os critérios mais utilizados na avaliação da condição periodontal são os propostos pela OMS<sup>38</sup>. Os principais índices são o INTPC (Índice de Necessidade de Tratamento Periodontal da Comunidade), o IPC (Índice Periodontal Comunitário), o PIP (Índice de Perda de Inserção Periodontal) e o IAG (Índice de Alteração Gengival).

Na primeira avaliação em escala nacional, os resultados mostraram que 49,7% tinham sextantes excluídos (nulos), ou seja, tinham no máximo um dente presente. Somente 1,3% tinha os tecidos gengivais sadios<sup>5</sup>. O segundo exame de abrangência nacional identificou apenas 7,9% sem qualquer problema periodontal. Foram excluídos 60,8% dos idosos por se apresentarem sem dentes ou com apenas um dente funcional<sup>6</sup>.

A pesquisa feita no estado de São Paulo revelou que 6,7% dos idosos tinham condição de sextante sadio; 70,9% tinham condição de sextantes nulos; 3,4% sangramento gengival; 13,6% cálculo e 5,4% bolsas periodontais<sup>7</sup>. Outros autores obtiveram resultados semelhantes na cidade de São Paulo, registrando alto percentual de sextantes nulos e, quando dentados, necessitavam de algum tratamento<sup>9,10</sup>.

Em Piracicaba-SP, idosos de um grupo de convivência exibiram o cálculo como a condição periodontal mais frequente. Além disso, 100% dos dentados apresentaram perda de inserção periodontal entre 0 e 3mm. A percentagem de sextantes nulos foi de 80,9%<sup>24</sup>. Dados semelhantes foram encontrados em Rio Claro-SP<sup>27,33</sup>. Uma outra investigação em Piracicaba-SP mostrou que a porcentagem de sextantes nulos era proporcional ao aumento da idade e que metade dos idosos nunca tinha recebido orientação sobre saúde bucal, situação que se agravava com o avançar da idade<sup>16</sup>.

Numa análise das condições periodontais e sua relação com o diabetes *mellitus* na população nipo-brasileira de Bauru (SP), o IPC identificou o cálculo como condição predominante em todos os grupos etários. Os portadores de diabetes apresentaram percentuais mais altos de bolsas profundas e perdas de inserção maiores que 6mm na comparação com os não diabéticos<sup>23</sup>.

Na cidade do Rio de Janeiro-RJ foram identificados idosos com número mais alto de dentes presentes, indicados para tratamento periodontal. A condição é justificada pela assistência odontológica sistemática<sup>17</sup>.

Quanto às condições periodontais de idosos institucionalizados, alguns trabalhos<sup>3,13,18,19,22,30</sup> referenciam que é alta a porcentagem de sextantes excluídos em razão da ausência de dentes suficientes para a realização do exame, não sendo possível a utilização do índice periodontal. Os idosos institucionalizados apresentam quadro epidemiológico com elevado índice de problemas periodontais, com falta de atenção às medidas preventivas, falta de conhecimento e de motivação. O grau de dependência física, psicológica e econômica é obstáculo interposto em relação aos cuidados com a saúde bucal desses indivíduos<sup>13</sup>.

## USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA

Um outro dado pesquisado sobre as condições da saúde bucal do idoso refere-se ao uso e necessidade de próteses dentárias. O uso da prótese visa à superação de falha corporal, de incapacidade bucal. De forma inquestionável, a perda dos dentes tem impacto negativo na mastigação, deglutição, fonação e aparência. A imagem estereotipada da fragilidade do idoso o representa como um indivíduo desdentado, de bochechas murchas, nariz grande e mento protuso. Essa aparência, que infelizmente denuncia o desamparo de grande parte de nossa população idosa, sinaliza também a discriminação social da qual essa população é vítima<sup>43</sup>.

Os resultados de 1986 refletiram a prática da odontologia iatrogênica-mutiladora, em que 72% da população na faixa de 50-59 anos necessitavam de prótese total ou a possuíam<sup>5</sup>. O Projeto SB Brasil de 2003<sup>6</sup> e o levantamento do estado de São Paulo<sup>7</sup> em 1998 mostraram que essa prática continua acontecendo.

Os idosos institucionalizados mostram maior demanda por aparelhos protéticos do que os não institucionalizados<sup>4,8,18,25</sup>.

As pesquisas realizadas somente com idosos institucionalizados<sup>3,13,14,15,30,31</sup> e outras com idosos de amostras domiciliar, de grupos de terceira idade e de centros de saúde em diferentes cidades descobriram que o uso da prótese total superior era mais freqüente do que o uso da inferior, com grande necessidade da inferior<sup>11,12,16,17,20,24,27, 29</sup>.

## DISCUSSÃO

Para o registro dos dados coletados, observou-se que as investigações utilizaram os principais índices e critérios adotados pela OMS<sup>38</sup>. Quanto à faixa etária, os estudos epidemiológicos encontrados na literatura brasileira e internacional mostraram que há controvérsias entre os autores. A faixa etária de 65 a 74 anos, recomendada pela OMS, parece ser bastante avançada para muitos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, que apresentam menos expectativa de vida. No primeiro levantamento, em 1986<sup>5</sup>, fez-se uma adaptação dessa faixa, tendo como justificativa exatamente o fato de ser baixa a expectativa de vida do brasileiro na época. Na ocasião, foi utilizada a faixa etária de 50 a 59 anos. A expectativa para 2000/5 foi estimada em 68,6 anos<sup>1</sup>.

A maioria dos inquéritos foi realizada no estado de São Paulo. Quanto ao delineamento amostral, os idosos institucionalizados, usuários de centros de saúde e freqüentadores de centros de convivência foram predominantes. Poucos foram os estudos que trabalharam com amostras probabilísticas de município ou idosos residentes em zona rural<sup>4,8, 11,29</sup>.

As condições da saúde bucal da população idosa no Brasil são precárias. O valor do índice CPO-D encontrado variou de 25,1 a 31,5, sendo o componente “extraído” o mais prevalente. Além disso, a incidência de edentulismo no Brasil constitui-se numa das mais elevadas do mundo, quando comparada com os resultados de algumas investigações realizadas na faixa etária de 60 ou mais em outros países, num mesmo período.

Países como China<sup>40</sup>, Austrália<sup>44,45</sup>, Espanha<sup>46</sup>, Lituânia<sup>47</sup>, Chile<sup>48</sup>, Inglaterra<sup>49</sup> apresentaram 20%, 47%, 30%, 31%, 11-15%, 25,9% e 10,3%, respectivamente, de edentulismo, enquanto no Brasil o percentual chegou a 74,2% entre idosos não institucionalizados na cidade de Rio Claro-SP<sup>27</sup>.

O percentual de idosos edêntulos vem sofrendo considerável redução em diversos países, porém, os dentes remanescentes acabam tendo a cárie radicular como um fator de risco de perdas dentais na faixa etária acima de 60 anos<sup>50</sup>. Apesar de a literatura internacional relatar melhora nas condições da saúde bucal com diminuição do edentulismo<sup>41,44,51</sup>, alguns autores referenciam populações geriátricas com precária saúde bucal, com alta prevalência de cáries radiculares<sup>44,52</sup>. Quando comparados com estudos internacionais realizados nos Estados Unidos<sup>53</sup>, França<sup>54</sup> e

Finlândia<sup>55</sup>, a prevalência de cárie radicular no Brasil foi semelhante ou relativamente mais baixa. No entanto, nesses países, foram verificadas médias bem altas de dentes presentes (19,4, 16,6, e 14,5, respectivamente) do que no Brasil (variando de 3,19 a 11,4)<sup>4,11,21,24,27,15,33</sup>.

Considerando-se as condições periodontais do idoso brasileiro, as avaliações foram realizadas em uma amostra menor, devido ao alto grau de edentulismo e ao elevado número de sextantes excluídos. Ressalta-se que a presença de cálculo foi a principal alteração relativa à saúde periodontal, seguida de bolsas periodontais profundas e retração gengival<sup>56</sup>.

No que se refere ao uso de prótese, verificou-se porcentagem mais alta para o uso da prótese total superior e menor para a inferior, provavelmente em função desta última apresentar mais problemas de retenção e estabilidade.

De acordo com a revisão realizada, os idosos institucionalizados e de baixa renda têm mais cáries, edentulismo, doença periodontal e lesões de tecidos moles do que idosos domiciliados<sup>57</sup>; e quanto mais baixo o poder aquisitivo, maior a necessidade de assistência odontológica<sup>58</sup>.

A saúde bucal de idosos institucionalizados em diversos países também não tem recebido atenção necessária. Na cidade de Helsinki, Finlândia, em um hospital de longa permanência, 42% dos idosos examinados eram edêntulos e, dos dentados, 42% necessitavam de extrações e 51% de tratamento periodontal<sup>59</sup>.

Em outra investigação com idosos residentes em uma instituição na cidade de Perth, Austrália, 52% eram edêntulos, a condição da saúde bucal era precária e a necessidade de tratamento negligenciada<sup>60</sup>.

Segundo recentes abordagens nacionais, o CPO-D chegou a 30,8 entre os idosos institucionalizados, com alta porcentagem de dentes perdidos e, conseqüentemente, alto número de edêntulos<sup>3,31,32</sup>. No entanto, poucos são os idosos com sextantes válidos para a avaliação periodontal em função do edentulismo e, em relação ao uso e necessidade de próteses, as totais são as mais usadas.

Para compreender o atual quadro em que se encontram as condições da saúde bucal dos idosos, indiferentemente do tipo de amostra estudada (institucionalizada, domiciliar ou usuários de serviços de saúde), torna-se necessário considerar

que esse grupo populacional carrega a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras<sup>56</sup> e com muitas desigualdades na utilização de serviços odontológicos<sup>61</sup>.

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, a população idosa brasileira não tem igualdade no acesso e utilização desses serviços, mostrando que mesmo pequenas diferenças na renda domiciliar são suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde e menos acesso aos serviços de saúde no Brasil. Além da questão da baixa renda, pode-se incluir entre as principais barreiras para o acesso aos serviços odontológicos a baixa escolaridade e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal voltados para a população idosa brasileira<sup>56</sup>. Nesse contexto, é necessário reorganizar o acesso aos serviços públicos de saúde bucal, envolvendo ações preventivas e restauradoras, bem como o atendimento especializado de reabilitação protética, visto que a demanda estética e funcional é elevada nessa faixa etária<sup>19</sup>.

As políticas de saúde pública devem rever, organizar e efetivar estratégias específicas de saúde bucal, não só para o idoso que vive na comunidade, junto de sua família, mas também para aquele com comprometimento funcional residente em instituições de longa permanência.

## CONCLUSÃO

A situação da saúde bucal do idoso no Brasil está abaixo da média internacional e da meta número 5 da OMS-FDI para o ano 2000. A desigualdade no acesso e na utilização dos serviços odontológicos tanto público quanto privado deve ser amplamente discutida. É de grande importância continuar investigando as condições da saúde bucal do idoso brasileiro, incluindo-se amostras de residentes em áreas rurais e hospitalizados, bem como estimular estudos epidemiológicos em vários municípios de outros estados, já que a maioria foi obtida no estado de São Paulo.

## ABSTRACT

The Brazilian elderly presents great amount of oral problems the reason is the lack of efficient public programs forward this age and the low income of this population which does not allow an access to a private services. The epidemic situation reflecting

the inheritance of an iatrogenic-mutilation odontological practice, the cultural and behavioral values, as much of the patients as of the professionals. From the public health point of view, preventative, attendance and rehabilitation actions are expected in agreement with the purpose of the National Politics of Health of the Aged linked to the other public politics in order to change the current picture. This study approaches the epidemic picture severity of the Brazilian aged's oral health, through a literature revision.

**Key words:** *Oral health, Aged, The aging health, Epidemiology.*

## REFERÊNCIAS

- Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Públ.* 1987;21:211-24.
- Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento – O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003; 121-40.
- Carneiro RMV, Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Públ.* 2005; 21: 1707-16.
- Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade: um diagnóstico epidemiológico. *Rev. G. Odontol.* 1993; 41: 97-102.
- Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Divisão Nacional de Saúde Bucal 1988
- Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. 2004.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998. FSP-USP/ NEPPES 1999.
- Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 1992; 26: 155-60.
- Dini EL, Castellanos Fernandes RA. Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. *Rev. Bras. Odontol.* 1993; 50: 3-8.
- Pereira AC, Castellanos Fernandes RA, Silva SRC, Watanabe MGC, Queluz DP, Meneghim MC. Oral health and Periodontal status in brazilian elderly. *Braz. Dent. J.* 1996; 7:97-102.
- Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 1997; 51: 573-76.
- Fernandes RAC, Silva SRC, Watanabe MGC, Pereira AC, Martildes MLR. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. *Rev. Bras. Odontol.* 1997; 54: 107-10.
- Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 1999; 53: 279-82.
- Saliba AC, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SDS. Auto-avaliação de Saúde na 3ª idade. *RGO* 1999;47:127-130.
- Pereira AC, Silva ERB, Meneguim MC. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba –SP. *Rev. Robrac.* 1999; 8: 17-21.
- Meneguim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba-SP:1998. *Rev. Pos-Grad.* 2000; 7: 7-13.
- Chagas IJ, Nascimento A, Silveira MM. Atenção odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. *Rev. Bras. Odontol.* 2000; 57: 332-38.
- Silva SRC, Valsecki Jr A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev. Panam. Salud .Publ./Pam. Am. J. Publ. Health.* 2000; 8:268-71.
- Cangussu MCT, Coelho EO, Fernandez RAC. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba-SP, Brasil - 2000. *Rev. Odontol. UNESP* 2001; 30: 245-56.
- Scelza MFZ, Rodrigues C, Silva VS, Faria LCM, Câmara V, Neto OS. Saúde bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. *Rev. Bras. Odontol.* 2001; 58: 351-54.
- Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições bucais de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Públ.* 2001; 35: 349-55.
- Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba-SP. *Pesq. Odontol. Bras.* 2002; 16: 50-56.

23. Tomita NE, Chinellato LEM, Pernambuco RA, Lauris JRP, Franco RJ, Grupo de estudo de diabetes em nipo-brasileiros. Condições periodontais e diabetes *mellitus* na população nipo-brasileira. Rev Saúde Pública 2002; 36:607-13.
24. Silva DD, Souza MLD, Toledo R, Lisboa CM. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2002; 56: 183-87.
25. Caldas Jr AF, Figueiredo ACL, Soriano EP, Sousa EHA, Melo JBG, Vilela AS. Prevalência de cárie e edentulismo em idosos de Recife-Pernambuco-Brasil. Rev. Bras. Ciênc. Saúde 2002; 6: 113-22.
26. Tomita NE, Chinellato LEM, Franco RJ, Iunes M, Freitas JAS, Lopes ES, *et al.* Condições de saúde bucal e diabetes mellitus na população nipo-brasileira de Bauru-SP. J. Appl. Oral Sci. 2003; 11: 15-20.
27. Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Públ. 2004; 20: 626-31.
28. Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Souza MLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. Cad. Saúde Públ. 2004; 20: 866-70.
29. Colussi CF, Freitas SFT, 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: 88-97.
30. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia – GO, 2003. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8: 67-73.
31. Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da carie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8: 316-23.
32. Rihs LB, Sousa MLR, Wada RS. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo. Cad. Saúde Públ. 2005; 21: 311-16.
33. Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. Cad. Saúde. Públ. 2005; 21: 1251-59
34. Thylstrup A, Fejerskov O. O ambiente oral – uma introdução. In: Thylstrup A, Fejerskov O (eds). Cariologia clinica. São Paulo: Santos, 1995. 13-16p.
35. Ettinger RL. Oral health needs of the elderly – An international review. Internat. Dental J. 1993; 43: 348-54.
36. MacEntee MI, Clark DC, Glick N. Predictors of caries in old age. Gerontology 1993; 10: 90-97.
37. Silva, SRC. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade. (dissertação). São Paulo, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 1999. 97p.
38. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4 ed Geneva: WHO, 1997.
39. Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J 1982; 32:74-7.
40. Lo EC, Luo Y, Dyson JE. Oral health status of institutionalised elderly in Hong Kong. Community Dent. Health 2004; 21: 224-26.
41. Nistschke I. Geriatric oral health issues in Germany. Int. Dent. Journal 2001; 51: 235-46.
42. 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. NZ Med J. 2004;21:117:U892.
43. Ferreira JAND, Nobilo MAA. Considerações sobre o tratamento protético em pacientes idosos. In: Campostrini E . Odontogeriatrics. Rio de Janeiro: Revinter, 2004; 213-23.
44. Slade GD, Spencer AJ, Gorkic E, Andrews G. Oral health status and treatment needs of non-institutionalized persons aged 60 + in Adelaide, South Australia. Aust. Dent. Journal. 1993, 38: 373-80.
45. Adams C, Slack-Smith LM, Larson A, O’Grady MJ. Edentulismo and associated factors in people 60 years and over from urban, rural and remote Western Australia. Aust Dent J. 2001; 48:10-14.
46. Spanish Geriatric Oral Health Research Group. Oral Health issues of Spanish adults aged 65 +. Int. Dent. J. 2001; 51: 228-34.
47. Aleksejuniene J, Holst D, Eriksen HM. Patterns of dental caries and treatment experience in elderly lithuanians. Gerontology 2000; 17: 77-86.
48. Misrachi LC, Lamadrid AS. Conocimientos, creencias y conductas en salud oral en adultos mayores de nivel socioeconomico bajo, zona norte de Santiago. Cuad. Med. Soc. 2000; 41: 5-13.
49. Newton JT, Gibbons DE, Gelbier S. The oral health older people from minority ethnic communities in South East England. Gerontology. 1999; 16:104-9.
50. Reich E. Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe. Int. Dent. Journal. 2001; 51(supl.1): 392-98.
51. Chamers JM. Geriatric oral health issues in Australia. Int. Dent. J. 2001; 51(supl.3):188-99.

52. Slade GD, Spencer AJ. Distribution of coronal and root caries experience among persons aged 60+ in south Australia. *Aust Dent J.* 1997;42:178-84.
53. Warren JJ, Cowen HJ, Watkins CM, Hand JS. Dental caries prevalence and dental care utilization among the very old. *J Am Dent Assoc.* 2000; 131:1571-9.
54. Guivante-Nabet C, Tavernier M, Trevoux C, Berdal A. Active and inactive caries lesions in a selected elderly institutionalized French population. *Int. Dent. J.* 1988; 48: 111-22.
55. Ajwani S, Tervonen T, Narhi TO, Ainamo A. Periodontal health status and treatment needs among the elderly. *Spec Care Dentist.* 2001;21:98-103.
56. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, 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: 1665-75.
57. Machado FR. Saúde bucal do idoso: aspectos epidemiológicos (Monografia de especialização). Goiânia: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. 2001.
58. Cardoso LM, Consalter CE, Domingues F, Lançoni D, Massi FHP, Souza AL *et al.* Odontogeriatrics: Uma nova perspectiva na odontologia. *Semina* 1999; 20: 20-33.
59. Peltola P, Vehkalahti nM, Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. *Gerontology.* 2004; 21:93-9.
60. Stubbs C, Riordan PJ. Dental screening of older adults living in residential aged care facilities in Perth. *Aust Dent. J.* 2002;47:321-6.
61. Lima JC, Azoury EB, Bastos LHCV, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2002; 26: 62-70.