

ESTUDO COMPARATIVO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS NÃO-INSTITUCIONALIZADOS DE GOVERNADOR VALADARES-MG, COM A META PROPOSTA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA 2010.

Caroline Magalhães Alcântara*

Ednaldo Paulo Gomes*

Guilherme Melado Moreira*

José Telismar Lacerda Soares*

Taiala Menezes Fonseca*

Suely Maria Rodrigues**

RESUMO

O objetivo deste estudo foi comparar a condição de saúde bucal de idosos Não-Institucionalizados de Governador Valadares-MG, com a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2010. Foi utilizado o banco de dados desenvolvido pelo grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Avaliou-se o acesso aos serviços odontológicos, o índice CPO-D, o uso e necessidade de prótese em 428 idosos não-Institucionalizados. Em relação ao acesso aos serviços odontológicos, 61,8% dos idosos afirmaram não terem ido ao dentista nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista. Destes 37,9% relataram ter procurado o Sistema Público por motivo de consulta de rotina, reparos e manutenção protética. O resultado do índice CPO-D encontrado foi de 27,9. Quanto ao uso e necessidade de prótese, constatou-se que 46,9% dos idosos utilizavam a total removível, 33,3% não utilizavam nenhum tipo, 54,1% não apresentavam necessidade de uso e 23,8% necessitavam de prótese total removível. Diante dos dados obtidos conclui-se que a condição de saúde bucal dos idosos avaliados é precária encontrando-se distante do padrão estabelecido pelas metas da OMS para o ano 2010. Essa ocorrência aponta para a necessidade de investimentos na área da saúde bucal para que em longo prazo as metas sejam atingidas.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos, saúde bucal, Organização Mundial de Saúde.

* Graduandos do 8º Período do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE.

** Mestre em Odontologia e Professora das disciplinas de Saúde Coletiva II, Clínica Integrada II e III, Estágio Supervisionado em Odontogeriatría do Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE.

INTRODUÇÃO

A epidemiologia busca reconhecer as causas que influenciam o padrão de distribuição de doenças e dos agravos à saúde, assim como de seus determinantes. Com o envelhecimento da população brasileira, criou-se a necessidade do conhecimento sobre as condições de saúde bucal dessa população. Este conhecimento visa a criação de práticas de aperfeiçoamento no âmbito da odontogeriatria. Esta disciplina surgiu há 50 anos nos EUA e a partir daí passou a ser conhecida internacionalmente na condição de especialidade profissional definida (VIEIRA, 2003; ANTUNES e PERES, 2006).

A população idosa é alvo de alterações fisiológicas e patológicas com as quais tem que aprender lidar. Vale salientar que em relação às alterações patológicas, estas passam de agudas a crônicas requerendo cuidados continuados e custosos. Esta situação é agravada por problemas como a desnutrição e doenças infecciosas, ainda persistentes no país (RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987).

A literatura atual sobre a saúde bucal do idoso tende a salientar que a cárie dentária, as doenças periodontais, as abrasões a presença de lesões, o câncer bucal e o edentulismo são ocorrências comuns nesta faixa etária. Essas alterações podem variar devido aos fatores fisiológicos individuais do processo de envelhecimento, como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, a secura na boca, as modificações no paladar e a perda de dimensão vertical, independentemente de se tratarem de idosos institucionalizados ou não (CARNEIRO et al., 2005; SILVA e VALSECKI JUNIOR, 2000).

As condições de saúde bucal dos idosos não foi, durante séculos, um tema de importância nas discussões voltadas para a saúde. E sendo assim, o alto índice de edentulismo decorre do fato de que por muito tempo as más condições bucais dos mesmos foram consideradas como normais em decorrência do avanço da idade (PUCCA JÚNIOR, 2002).

A meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) havia previsto que para o ano 2000, na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam contar com pelo menos vinte dentes em condições funcionais. Apesar dos investimentos feitos no tocante a prevenção de cárie, principalmente das crianças em idade escolar, tal meta não foi alcançada. A literatura registrou um índice CPOD de 27,2 para a faixa etária de 50-59 anos, sendo que os dentes extraídos predominaram com 86%. É preocupante pensar que atingir os índices considerados favoráveis para a saúde bucal, faz parte de uma realidade distante da vivenciada no Brasil. Deve-se considerar que as perdas dentárias encontradas na população idosa atual são decorrentes de políticas de atenção à saúde bucal ineficazes que antecederam a implantação dos programas de cuidados a saúde do idoso (FDI, 1982, apud COLUSSI e FREITAS, 2002; MS, 1988, apud COLUSSI e FREITAS, 2002).

Em decorrência disto, não há ainda como avaliar a eficácia das novas políticas, sobretudo se as mesmas não contemplarem uma educação em Saúde Bucal dirigida a crianças, jovens e adultos. É a partir dessa ação que tais indivíduos poderão ter um cuidado à saúde, cujos efeitos benéficos serão sentidos quando atingirem a terceira idade. A valorização dos dentes pela criança e pelo adulto no futuro depende do modo como isso é repassado pelos pais durante a infância. O fato dos idosos terem recebido durante a infância e adolescência uma educação adequada nesse campo, faz com que na atualidade não se sintam estimulados em buscar a atenção disponível nas unidades de saúde. A isto se pode acrescentar a demora e a baixa qualidade deste tipo de atendimento promovendo influência direta no acentuado déficit na procura do serviço pela população (DIAS et al., 2007).

No final de 1993, durante o 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva, realizado na Suécia, a OMS traçou como meta para o país no ano 2010 um CPO-D para crianças de 12 anos de, no máximo, um dente cariado, perdido ou obturado. Foi também previsto que todos os indivíduos com 18 anos deverão ter todos os dentes, 90% da população entre 35 e 44 anos deverão permanecer com 20 dentes ou mais e apenas 5% da população na faixa etária entre 65 anos e 74 anos, deveriam apresentar edentulismo (BRASIL, 2003).

Por ser uma atividade voltada para sujeitos que exige cuidados e conhecimentos específicos, o cirurgião dentista deve estar consciente de que a Odontogeriatrics é um novo campo de atuação para o qual deve se preparar. Esta especialidade tende a ganhar cada vez mais espaços no mercado de trabalho brasileiro com o passar dos anos. Para se fortalecer como especialidade, mais estudos devem ser feitos focalizados nas dificuldades encontradas no atendimento a esse grupo populacional. Deve-se atentar para a importância do atendimento multidisciplinar como possibilidade de uma maior compreensão do sujeito e de suas necessidades, assegurando um atendimento mais eficaz (MONTENEGRO, 2003).

O objetivo deste estudo é comparar a condição de saúde bucal de idosos Não-Institucionalizados residentes em Governador Valadares-MG, com a meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2010.

REVISÃO DA LITERATURA

Crescimento da população idosa no Brasil

Por idoso entende-se indivíduos que possuem 60 anos ou mais tal como preconiza a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. O grande aumento do número de indivíduos desta faixa etária além de ser observado nos países desenvolvidos, é também perceptível nos em desenvolvimento. No Brasil, este fenômeno é atribuído à alta fecundidade ocorrida no período de 1950 a 1970 e à redução da mortalidade da população idosa. Mais especificamente, este quadro é resultante da associação de diversos fatores, a saber: melhoria nas condições de vida da população; controle da mortalidade infantil e da natalidade; aumento dos programas de medidas preventivas de saúde geral; campanhas de vacinação, e principalmente aos avanços nas diversas áreas da medicina (MORAES, 2008; BRASIL, 2003).

Juntamente com a população idosa, crescerá o número de doenças crônicas assim como o de incapacidades, resultando num maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde. Tal situação sugere um planejamento de educação, prevenção e promoção de saúde voltada não apenas para os idosos, mas também para aqueles que irão envelhecer (FILHO e RAMOS, 1999).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de idosos aumentou nove vezes. Em 1940, era de 1,7 milhões e, em 2000, de 14,5 milhões. Em 2006, as pessoas com 60 anos de idade ou mais alcançaram 19 milhões, correspondendo a 10,2% da população total do país. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão 60 ou mais anos (BELTRÃO, CAMARANO e KANSO, 2004; IBGE, 1998).

A esperança de vida dos indivíduos com mais de 60 anos, aumentou no período de 1980 a 2000. Tal ocorrência, em termos relativos, foi maior do que os ganhos obtidos pela população total. O crescimento acelerado da população idosa brasileira é particularmente observado na região Sudeste. Isto pode ser um reflexo do maior desenvolvimento socioeconômico desta região em relação às demais (CAMARANO, 2002; CAMPOS, 2004).

O segmento que mais cresce no país é o dos indivíduos de idade acima de 80 anos. A visibilidade desse fenômeno é pequena devido ao fato de que esse contingente populacional representou apenas 1% do total da população brasileira no ano 2000. Contudo, deve-se estar atento para o fato de que esse quadro tende a ser diferente considerando a elevação do contingente de idosos nos últimos anos (CAMARANO, 2006).

Essa transição demográfica nos mostra a necessidade de mudanças na capacitação profissional no que diz respeito ao atendimento integral da saúde do idoso. A preocupação com as técnicas e peculiaridades devidas desse atendimento deve-se tornar cada vez mais importantes. Vale ressaltar que cada ser humano envelhece de maneira particular. Este fato demonstra que a realidade social em que o indivíduo está

inserido tem forte relação com sua expectativa de vida, pois o grupo socioeconômico ao qual pertence determina o estilo e a qualidade em que vive esta população (HAMILTON, 2002).

O envelhecimento é uma ocorrência de grande complexidade: exige mais dos serviços de saúde e demanda cuidados permanentes. Além das alterações nas relações familiares, econômicas e funcionais que sugerem adaptações dos serviços de saúde, as psicológicas decorrentes da nova situação vivenciada pelos sujeitos, devem também ser alvo de atenção. Essas são determinantes na identificação de melhores condutas a serem adotadas pelos profissionais na atenção a este grupo populacional, e como não há um meio de interromper o processo de envelhecimento, os profissionais devem estar aptos para torná-lo confortável (TOMMASI, 1987; GIACOMIN et al., 2005).

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades. Influenciam o consumo, a transferência de capital e propriedades, o recolhimento de impostos, o pagamento de pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica e a composição e organização da família. Em contrapartida, os idosos contribuem de maneira significativa na renda das famílias em relação à população mais jovem. Quando se encontram na condição de chefes de família assumem a responsabilidade sobre filhos e netos. Estes, em função das dificuldades para inserirem-se no mercado de trabalho se acomodam à situação (MORAES, 2008).

Diferente do que se pensa o envelhecimento não é sinônimo de doença, mas sim um processo fisiológico natural e irreversível. Logo, nada mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade. Para isso o envelhecimento da população brasileira não deve ser tratado apenas no âmbito médico com a implementação de recursos que atendam as necessidades dos mesmos bem como a criação de novas Instituições de longa permanência. Também no setor social, econômico e ambiental, algumas mudanças são necessárias. Os projetos rumo à criação de universidades abertas para a terceira idade têm se firmado cada vez mais. A título de exemplo vale citar o programa da UNATI/UERJ (Universidade da Terceira Idade, da Universidade do

Estado do Rio de Janeiro). Esse tem por objetivo, contribuir para uma melhor compreensão da lógica de promoção da saúde do idoso (VERAS e CALDAS, 2004).

Em 2000, dos 14,5 milhões de idosos 55,0% eram do sexo feminino, refletindo uma taxa de crescimento mais elevada em relação ao segmento masculino. Um homem que chegou aos 60 anos pode esperar viver mais 13,1 anos, e uma mulher mais 15,4 anos (CAMARANO, 2006).

A condição de saúde bucal do idoso brasileiro e os planos de atenção governamental

Com o aumento na proporção de idosos no Brasil, aumentou também a ocorrência de problemas de saúde, com repercussões na qualidade de vida desta população. Entre estes são citadas as más condições de saúde bucal relacionadas a problemas de ordem nutricional, cardiovascular, dentre outros. No Brasil, destacam-se atualmente condições inadequadas de saúde bucal na população idosa, com altos índices de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), e elevadas frequências de edentulismo, e de necessidade de prótese. No entanto, os estudos epidemiológicos de saúde bucal em idosos, em geral, se restringem a grupos específicos, como institucionalizados e usuários de serviços de saúde. (SILVA e VALSECKI JR, 2000; COLUSSI e FREITAS, 2002).

Em todo o país, estudos direcionados à condição bucal de idosos são escassos. Os que foram realizados até então apresentam como alterações mais prevalentes o edentulismo, as lesões cariosa coronária e radicular, as periodontopatias e as lesões em tecidos moles. Dentre os brasileiros com mais de sessenta anos, em cada grupo de quatro idosos, três não têm dentes em pelo menos uma das arcadas, o que corresponde a 75,0%, revelando o quadro deficiente das políticas preventivas direcionadas a todos os grupos etários (CARNEIRO, 2005; IBGE/PNAD, 1998).

É evidente que o aumento das oportunidades de acesso odontológico à população idosa, faria diminuir os altos índices de cárie e doença periodontal do país. O

paciente idoso deve ser tratado como um todo, procurando uma interação entre todas as áreas, uma vez que seu tratamento difere significativamente daquele exigido para os mais jovens. Durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, principalmente na faixa etária escolar, de 06 a 12 anos. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava na dificuldade de acesso á assistência odontológica e numa baixa cobertura de atendimento. (ETTINGER, 1987; BARROS e BERTOLDI, 2002).

Porém, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e definidos os princípios que deveriam nortear o novo sistema, surgiu um grande desafio para a saúde bucal coletiva: reformular suas práticas para responder ás diretrizes do SUS, deixando no passado, o caráter mutilador. A solução para este problema requer do governo interesse e investimento principalmente na área de promoção e educação em saúde visando à prevenção (BARROS e BERTOLDI, 2002).

Somente após 1988 com a Constituição Federal, o direito do acesso à saúde a todos foi garantido legalmente pelo Sistema Único de Saúde. O SUS investe anualmente 260 milhões no atendimento odontológico prevendo pelo menos uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família (MS, 2000).

Para produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira em 2000, foi desenvolvido o Projeto SB - Brasil. De maneira geral, os resultados observados não foram positivos. O Brasil atingiu as metas da OMS para o ano 2000 somente no que se refere às crianças com 12 anos de idade. Para as demais idades, os níveis ficaram aquém das metas propostas para o ano avaliado (BRASIL, 2003).

Em outubro de 2004, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de saúde Bucal - Brasil Sorridente, com o objetivo de atender as necessidades de atenção básica, melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira e superar desigualdades sociodemográficas. As ações deste programa incluem a criação e

instalação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), prevendo a realização de procedimentos especializados á população (MS, 2008).

Em março de 2006 (Portarias N° 599/GM), foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas, que são uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente, com o objetivo de dar continuidade ao trabalho da Estratégia Saúde da Família. Estes centros funcionam por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal. O Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos, e os estados e municípios contribuem cada um com outra parcela. Juntamente com os CEOs, houve a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD pela portaria N° 1572/GM de 29 de julho de 2004, os quais podem ser unidades próprias do município, ou unidades terceirizadas, credenciadas para confecção de próteses totais, ou próteses parciais removíveis (MS, 2009).

Os países que seguem o programa de saúde bucal da OMS, como o Brasil, fazem periodicamente estudos epidemiológicos por meio dos quais se pode aferir a média de cárie por pessoa no país. Através deles avalia-se a eficácia dos programas governamentais de prevenção em saúde bucal para planejar outras ações. Algumas medidas preventivas básicas simples e de comprovada eficácia, têm sido disseminadas pela OMS. Dentre elas vale citar o auto-cuidado de higiene bucal; a aplicação tópica de flúor; a fluoretação de cremes dentais, água de consumo público, caixas d'água de escolas creches e outros estabelecimentos; a fluoretação do leite e do sal de cozinha; o incentivo a dieta alimentar balanceada dentre outras ações desenvolvidas para que ocorram melhorias na condição de saúde bucal da população. Os resultados da implantação de todas estas ações, só serão mensuráveis em médio e longo prazo. São as crianças, os jovens e os adultos da atualidade os beneficiários quando se tornarem os idosos no futuro (SILVA e VALSECKI JÚNIOR, 2000).

O estatuto e os direitos do idoso quanto à atenção em saúde bucal

Em 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) foi aprovado pelo presidente da República ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60

anos. Vigorando a partir de 1º de janeiro de 2004 este instrumento (que é mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994) institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade (SERASA, 2008).

No Capítulo IV do Estatuto (que trata do *Do Direito à Saúde*), o artigo 15 determina que o idoso tenha direito a atenção integral à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta engloba serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da mesma, além de incluir atenção e controle das doenças prevalentes deste grupo. É direito do idoso, dispor de atendimento especializado (geriátrico e gerontológico) com pessoal adequadamente treinado. Tal direito engloba também o atendimento domiciliar para aqueles impossibilitados de se locomover residentes tanto no meio urbano quanto rural. São ainda contemplados pelo Estatuto os idosos abrigados em Instituições de longa permanência que sejam conveniadas com o setor público. Vale ressaltar que esta última inclusão seria desnecessária, visto que o estatuto se aplica a todo idoso residente e presente no território brasileiro, independentemente de qualquer situação em que esteja envolvido (HEBLING e RODRIGUES, 2006).

O acesso aos serviços de promoção da saúde bucal é também garantido pelo Estatuto. Isto porque a condição de saúde neste campo “pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental, e diminuir o prazer de uma vida social ativa”. Por consequência, é de responsabilidade do poder público fornecer medicamentos de uso continuado, gratuitamente aos idosos, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação oral (HEBLING e RODRIGUES, 2006, p. 53).

Os idosos são os maiores usuários de serviços médicos, embora sejam também os maiores não-usuários de serviços odontológicos. Isso porque, proporcionar serviços odontológicos gratuitos ou de baixo custo não aumenta necessariamente sua utilização, pois as predições mais poderosas para sua utilização por idosos são a necessidade percebida e as atitudes frente aos cuidados bucais. Por isso o índice de edentulismo da população brasileira é muito alto. E como os Centros de Especialidades Odontológicas foram implantados em 2006, ainda não pode ser percebida uma melhora significativa na condição de saúde bucal dos idosos. A demanda é muito alta, oriunda de anos de falta de planejamento e de tratamentos de caráter curativo e mutilador (KIYAK, 1993).

A atenção voltada à saúde do idoso tende a ser ampliada, visto que este grupo populacional requer cuidados profissionais específicos. Grande parte da população ainda não desfruta de boas condições socioeconômicas que lhes permita acesso ao sistema privado de saúde. Neste caso, acabam tendo que lançar mão do sistema público que não tem sido eficaz em cumprir com o Estatuto do Idoso (IBGE, 2000).

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados analisados neste estudo foram obtidos do banco de dados referente à Pesquisa intitulada “Levantamento Epidemiológico da Condição de Saúde Bucal de Idosos Institucionalizados e Não-Institucionalizados de Governador Valadares-MG 2007-2008”. Este banco de dados foi desenvolvido pelo grupo de Pesquisa Saúde Indivíduo e Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce, no qual um dos autores deste trabalho teve participação como bolsista de Iniciação Científica. Participaram desta pesquisa 626 idosos provenientes de 22 grupos locais de terceira idade e usuários da clínica odontogeriátrica da Univale (não-Institucionalizados), bem como de residentes nas cinco instituições de longa permanência existentes no município (institucionalizados). A representatividade da amostra em relação à população de idosos de Governador Valadares ficou assegurada no tamanho da mesma e na existência de idosos provenientes de todos os bairros da cidade.

A pesquisa do SAIS teve como objetivo conhecer a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados residentes em estabelecimentos públicos e filantrópicos de longa permanência, e de não-institucionalizados, no município de Governador Valadares. Foi realizado um estudo comparativo identificando o grupo de idosos em que se faz necessário maior número de medidas preventivas e reabilitadoras, visando à melhoria da Saúde Bucal dos mesmos.

As variáveis que compõem o banco de dados, se referem ao perfil sócio-econômico, acesso a serviços odontológicos e auto-percepção em saúde bucal de

indivíduos idosos. Para o exame epidemiológico utilizou-se os critérios de diagnóstico do Projeto SB-2000 (BRASIL, 2003), observando as seguintes condições:

- a) Cárie dentária e necessidade de tratamento, através do Índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados);
- b) Condição periodontal, através do Índice Periodontal Comunitário (CPI);
- c) Uso e necessidade de próteses total e removível;
- d) Alteração de tecidos moles (ausência ou presença).

No presente estudo foi selecionada uma amostra de 428 idosos não-institucionalizados residentes em Governador Valadares, incluindo tanto usuários da clínica de estágio supervisionado em odontogeriatrics do curso de odontologia da FACS/UNIVALE, quanto participantes dos 22 grupos locais de terceira idade. As variáveis analisadas foram o acesso aos serviços odontológicos, o índice CPO-D, o uso e a necessidade de próteses dentárias. Os dados foram analisados com o auxílio do programa Sphinx Léxica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade da população estudada foi de 69,2 anos, e em relação ao gênero 24,1% (n= 103) eram do sexo masculino e 75,9% (n= 325) do sexo feminino. Nos 12 meses que antecederam a entrevista, 61,7% (n= 264) dos idosos afirmaram não terem ido ao dentista, 37,9% (n= 162) afirmaram terem tido acesso e 0,5% (n= 2) nunca foram ao dentista. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 30 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca foram ao dentista, sendo que a Região Nordeste apresentou o maior índice dessas pessoas e a Região Sul os melhores índices relativos ao acesso a tais serviços. Foi observado também aumento de 63% na renda média dos idosos responsáveis pelos domicílios no período de 1991 a 2000. Apesar desse aumento a condição sócio-econômica dos idosos ainda não lhes permite um adequado acesso a esse tipo de serviço (IBGE, 2000).

Dos idosos que tiveram a oportunidade de acesso aos serviços odontológicos, 46,6% (n=76) procuraram o Sistema Público (**Tabela 1**) e o motivo da procura mais observado foi para consulta de rotina, reparos e manutenção protética, representando 33,9% (n= 59) da amostra (**tabela 2**). Estes dados discordam com os apresentados pelo SB Brasil (BRASIL, 2003), no que se refere ao motivo do acesso na região Sudeste, onde a consulta de rotina representa 19,92% contra 48,04% de motivo relacionado à dor. No estudo de Barros e Bertoldi (2002) em sua maioria (69%), os atendimentos ocorreram em serviços particulares, dos quais 47% envolveram algum pagamento pelo cliente.

Tabela 1 - Distribuição do acesso aos serviços odontológicos de acordo com o motivo da consulta odontológica.

TIPO	SOMA	%
Serviço Público	76	46,6%
Serviço privado liberal	72	44,2%
Serviço privado liberal (planos e convênios)	8	4,9%
Serviço filantrópico	3	1,8%
Outros	3	2,5%
TOTAL	162	100,0%

Tabela 2 – Distribuição do acesso aos serviços odontológicos de acordo com o motivo da última consulta.

MOTIVO DA CONSULTA	SOMA	%
Consulta de rotina (reparos e manutenção protética)	59	33,9%
Dor	33	19,0%
Sangramento gengival	5	2,9%
Cavidades nos dentes	20	11,5%
Feridas, caroços ou manchas na boca	4	2,3%
Necessidade de prótese	38	21,8%
Outros	15	8,6%
TOTAL	174	100,0%

É evidente que o aumento das oportunidades de acesso odontológico a esta população faria diminuir os altos índices de cárie e doença periodontal registrados no país. O Ministério da Saúde vem trabalhando desde outubro de 2000 no que diz respeito à inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Esta inclusão permitiu o desenvolvimento de ações de forma integrada, beneficiando grupos populacionais prioritários (BARROS e BERTOLDI, 2002). Contudo, vale ressaltar que enquanto este

acesso tiver caráter mutilador os índices de edentulismo, e a conseqüente necessidade do uso de prótese, continuarão altos. A solução para este problema requer do governo interesse e investimento principalmente na área de promoção e educação em saúde visando à prevenção.

Em relação ao CPO-D foram encontrados 340 dentes cariados, 10293 perdidos e 1290 obturados (**Tabela 3**) tendo o valor do CPO-D de 27,9. Este valor é semelhante ao encontrado pelo SB Brasil (2003), que para região sudeste na faixa etária de 65 a 74 anos encontrou um CPO-D de 28,61. Em outros estudos presentes na literatura como os de Carneiro et al. (2005), Silva e Valsecki Júnior (2000), também foi encontrado um alto índice no valor do componente “P” e isto se dá devido a falta de uma prática preventiva por parte dos cirurgiões-dentistas, que há alguns anos vêm realizando extrações desnecessárias e eventualmente iatrogênicas, o que fez aumentar o índice de edêntulos no país. A perda parcial ou total dos elementos dentais retrata um processo irreversível e cumulativo. É um dos principais problemas encontrados nesta população, devido ao grande número de idosos atingidos e às conseqüências que este fato pode ter na vida, em relação á saúde.

Tabela 3 - Distribuição dos índices do CPO-D da população idosa estudada.

CONDIÇÃO DENTÁRIA	SOMA	MÉDIA
Dentes Cariados	340	0,79
Dentes Perdidos	10293	24,05
Dentes Obturados	1290	3,01

Os dados encontrados neste e em outros estudos como os de Meneguim e Saliba, 2000 apud Colussi e Freitas, 2002; Pucca Jr., 2002; Silva e Valsecki Júnior, 2000 não corroboraram com as expectativas da OMS que estabeleceu como meta para o ano 2000, para a faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas com pelo menos vinte dentes em condições funcionais.

Em relação ao uso de prótese, prevaleceu aqueles que não utilizavam nenhum tipo com 40,2% (n= 124). Dos que utilizavam prótese, houve prevalência da total

removível com 32% (n= 99) seguido da prótese parcial removível com 21,7% (n= 67) e da prótese fixa com 6,1% (n= 19) (**Tabela 4**). A maioria dos idosos não apresentou necessidade de uso de prótese representando 59,4% (n= 190) da amostra. Dentre os que necessitavam, a maior demanda correspondeu à prótese parcial com 27,8% (n= 89), seguido da prótese total com 11,3% (n=36) e da prótese fixa com 1,6% (n=5) (**tabela 5**). Como a instalação dos centros de especialidades odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias é ainda recente, não podemos atribuir a baixa a necessidade do uso de prótese encontrado nesse estudo a este fato, embora espera-se que a longo prazo tais índices reduzam ainda mais, visando cumprir as metas impostas pela OMS para 2010. Esta meta almeja que apenas 5% da população, na faixa etária entre 65 a 74 anos, apresente edentulismo.

Tabela 4 – Distribuição das frequências em relação ao uso de prótese.

USO DE PRÓTESE	SOMA	%
Sem prótese	124	40,2%
Prótese parcial removível	67	21,7%
Prótese total removível	99	32,0%
Prótese fixa	19	6,1%
TOTAL	309	100,0%

Tabela 5 – Distribuição das frequências em relação à necessidade do uso de prótese.

NECESSIDADE DE PRÓTESE	SOMA	%
Prótese total	36	11,3%
Prótese parcial	89	27,8%
Prótese fixa	5	1,6%
Sem necessidade	190	59,4%
TOTAL	320	100,0%

CONCLUSÕES

A condição de saúde bucal dos idosos residentes no município de Governador Valadares pode ser classificada como bastante grave, pois apresenta elevada perda dentária e se encontra distante do padrão estabelecido pela meta da OMS para o ano 2010.

· Como o Brasil atingiu as metas da OMS para o ano 2000 somente no que se refere às crianças com 12 anos de idade é evidente a necessidade de investimentos na área da saúde bucal para este grupo etário voltado a prevenção, uma vez que serão os idosos do futuro.

· Embora muitas ações no âmbito da saúde tenham sido implantadas, os resultados das pesquisas indicam que as metas da OMS para o ano 2010 provavelmente não serão cumpridas. No tocante especificamente ao idoso, chegam a ser surrealistas. Não é possível pensar numa condição de saúde bucal satisfatória para esse grupo populacional, se o mesmo não foi beneficiado por programas de educação e prevenção durante a fase da infância e adolescência.

ABSTRACT

COMPARATIVE STUDY OF THE CONDITION OF BUCCAL HEALTH OF AGED NOT-INSTITUTIONALIZE RESIDENT IN GOVERNADOR VALADARES-MG, WITH THE GOAL PROPOSAL FOR THE WORLD-WIDE ORGANIZATION OF HEALTH/2010.

The objective of this study was to compare the condition of buccal health of aged Not-Institutionalized of Governador Valadares-MG, with the goal of the World-wide Organization of Health for year 2010. The data base was used developed by the group of research Health Individual and Society of the University Valley of the River Candy. One analyzed index CPO-D, the use and necessity of prótese, as well as the access to the odontologic services in 428 aged ones. In relation to access 61.8% of the aged ones they had affirmed not to have go to the dentist in last the 12 months, the remain (37.9%) had told to look the Public System to cure its necessities for reason of routine consultation, repairs and prosthetic maintenance. Joined index CPO-D was of 27,9. 33,3% were evidenced that 46.9% of the aged ones used total prosthesis removable, did not use no type of prosthesis and 54.1% did not present use necessity. Amongst that they needed, it had greater total demand of prosthesis (23.8%). It can be concluded that the condition of buccal health of the aged ones evaluated if finds distant of the standard established for the goals of the OMS for year 2010.

KEY-WORDS: Aged, buccal health, World-wide Organization of Health.

AGRADECIMENTOS

A Deus por mais esta etapa concluída. Ao SAIS, na pessoa do professor Carlos Alberto, por ter nos disponibilizado o banco de dados e o espaço físico para a equipe desenvolvesse este trabalho. A professora Suely Maria Rodrigues, nossa orientadora, pelo apoio. E ao professor Romero Meireles Brandão pela ajuda e compreensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, J. L. F. e PERES, M .A. **Epidemiologia da saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.1, p. 4.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Pelotas: v.7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Rio de Janeiro, p.71, ago 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil – condições de saúde bucal da população brasileira, resultados principais**. Brasília: 2003.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Texto Para Discussão nº 858. Rio de Janeiro, 26 p., jan. 2002.

CAMARANO, A. A. Mecanismo de proteção social para a população idosa brasileira. Texto Para Discussão nº 1179. Rio de Janeiro, 20 p., abril 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1179.pdf>. Acesso em 26 nov. 2008.

CAMPOS, N. O. B. **O Ritmo de declínio nas taxas de mortalidade dos idosos nos estados do Sudeste 1980-2000**. 2004. 59 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CARNEIRO, R. M. V. et al. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1709-1716, nov./dez. 2005.

COLUSSI, C. F. e 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.

DIAS, L. C. S. et al. **Interferência da condição de saúde bucal do idoso em sua vida social e afetiva.** 2007. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A135.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2008.

ETTINGER, R. L. Clinical training for geriatric dentistry. **Gerodont**, v. 3, n. 4, p. 275-279, April 1987.

FILHO, J. M. C. e RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n.5, p. 445-453, 1999.

GIACOMIN, K. C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 80-91, set. 2005.

HAMILTON I. S. **Uma introdução a Psicologia do Envelhecimento.**, 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2002. trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese.

HEBLING, E. e RODRIGUES, C. K. Estatuto do idoso e a saúde bucal. **Robrac**, Piracicaba, v.15 n.39, p. 56-63, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) /Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1998. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>> Acesso em: 21 nov.2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 21 nov. 2008.

KIYAK, H. Á. Oral health promotion in old age. In: **Oral health promotion.** New York: Oxford University Press, p. 207-232, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2000. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/especialidades.php>>. Acesso em 27 de maio de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125> Acesso em 25 de outubro de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=25086&janela=1> Acesso em 10 de junho de 2009.

MONTENEGRO, F. B. Odontogeriatrics - uma nova opção de trabalho no Século XXI. 2003. Disponível em: <http://www.wwow.com.br/portal/colunas/colunas.asp?secao=1&sc=13&scol=1&id=34> Acesso em: 05 dez. 2008.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PUCCA JÚNIOR, G. A. **A saúde bucal do idoso - Aspectos demográficos e epidemiológicos**. Abril/2002. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81&idesp=19&ler=5>. Acesso em: 21 nov. 2008.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P. e KALACHE, A. Envelhecimento Populacional: Uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.21, p.211-224, 1987.

SERASA. **O Estatuto do idoso**. Guia Serasa de orientação ao cidadão. Disponível em: <http://www.serasa.com.br/guiaidoso/20.htm>. Acesso em: 30 jun. 2008.

SILVA S. R. C. e VALSECKI JÚNIOR, 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, maio 2000.

TOMMASI, A. F. Estomatologia geriátrica. In: **Diagnóstico em Patologia Bucal**, São Paulo, Medisa, p. 493-499, 1987.

VERAS, R. P. e CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2. Abr 2004.

VIEIRA, W. S. Profissional atuante comenta o quadro atual e aponta rumos do mercado. 2003. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/10635> > Acesso em: 07 de maio de 2009.

Endereço para correspondência:

Caroline Magalhães Alcântara
Rua Brasília, nº 56, Centro, Felizburgo-MG.
CEP 39895-000
Tel.: (33) 3743-1182 Cel: (33) 8814-7949
E-mail: krol.ma@hotmail.com