

Lima, I. H. M. N. F. et al.



## PESQUISA

### Avaliação da condição de saúde bucal de idosos mediante comparação dos dados do sb Brasil 2003 e 2010

*Oral health condition assessment of elderly by comparison of data of Brazil sb 2003 and 2010*

*Oral condición de salud evaluación de ancianos por comparación de datos de Brasil sb 2003 and 2010*

Igo Hallykson Mendes Nolêto Freitas Lima<sup>1</sup>, Patrícia Fernandes Barreto<sup>2</sup>, Tauane Nunes de Oliveira<sup>3</sup>, Ítalo Arão Pereira Ribeiro<sup>4</sup>

## RESUMO

O presente artigo avalia e compara os dados do SB Brasil dos anos de 2003 e 2010 referentes à saúde bucal da população idosa. Foi possível observar a precariedade e a necessidade que há de maiores investimentos na saúde bucal para a população idosa. Dentre os principais problemas que afetam os idosos identificamos: cárie, perdas dentárias, doenças periodontal e a necessidade do uso de próteses dentárias. Esses são os problemas bucais que mais afetam os idosos com idade entre os 64 e 75 anos. Não se verificou uma política de saúde bucal específica para os idosos, embora estes sejam citados dentro da Política Nacional de Saúde Bucal. **Descritores:** Saúde Bucal. Idoso. Odontogeriatrics. Saúde da pessoa idosa.

## ABSTRACT

This paper evaluates and compares the SB Brazil data from 2003 and 2010 regarding the oral health of the elderly population. It observed the precariousness and the need for an increased investment in oral health for the elderly. Among the main problems affecting the elderly identified: decay, tooth loss, periodontal disease and the need to use dentures. These are the oral problems that most affect the elderly aged between 64 and 75 years. There has been a health policy specific to the elderly, although these are mentioned in the National Oral Health Policy. **Descriptors:** Oral Health. Elderly. Geriatric Dentistry. Health elder.

## RESUMEN

En este trabajo se evalúa y compara los datos SB Brasil desde 2003 y 2010 relacionados con la salud bucal de la población de edad avanzada. Se observó la precariedad y la necesidad de una mayor inversión en la salud oral de los ancianos. Entre los principales problemas que afectan a las personas de edad identificado: decaimiento, pérdida de dientes, la enfermedad periodontal y la necesidad de utilizar dentaduras postizas. Estos son los problemas bucales que más afectan a las personas mayores con edades comprendidas entre 64 y 75 años. Había una política de salud específica para las personas mayores, aunque estos se mencionan en la Política Nacional de Salud Bucal. **Descriptor:** Salud Oral. Ancianos. Odontología Geriátrica. Salud de las personas mayores.

<sup>1</sup>Cirurgião-Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família pela Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, Teresina-PI. E-mail: igo2102@gmail.com. <sup>2</sup>Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pela Faculdade Estadual de Educação Ciências e Letras de Paranavaí - FAFIPA. Docente do Curso de Pós-graduação à distância de Enfermagem do Trabalho pelo Convênio UCDB/Portal Educação. Campo Grande - MS. E-mail: pattybarreto@hotmail.com. <sup>3</sup>Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde Pública pelo Instituto de Ensino Superior Franciscano - IESF. São João dos Patos - MA. E-mail: tauaneribeiron@hotmail.com. <sup>4</sup>Enfermeiro, Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Evangélica do Meio Norte - FAEME. Tutor Presencial do curso de Especialização em Saúde da Família pelo Centro de Educação Aberta e à Distância (CEAD) da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: italoaaraao@hotmail.com

Lima, I. H. M. N. F. et al.

## INTRODUÇÃO

O Saúde Bucal Brasil (SB Brasil) é um projeto de levantamento epidemiológico coordenado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo principal de produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2004). Este projeto já foi realizado em dois momentos e seus resultados foram disponibilizados em 2003 e 2010, obtendo-se uma avaliação geral da saúde bucal brasileira.

Os dados do SB Brasil servem como parâmetro para subsidiar o planejamento de ações do Sistema Único de Saúde (SUS), relativas à saúde bucal. Após ser instituído, o SB Brasil tornou-se uma peça fundamental da Política Nacional de Saúde Bucal. Com os resultados obtidos pelo SB Brasil 2003, o Ministério da Saúde teve a possibilidade de elaborar as diretrizes da primeira Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

Ao observar o processo evolutivo da saúde bucal em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, pode-se afirmar que a saúde bucal encontra-se precária, porém, vem melhorando a cada década (BUGARELLI, 2008). Historicamente a saúde bucal brasileira é caracterizada por ser curativa e mutiladora, pois, sempre se priorizou a restauração das lesões cáries, bem como a exodontia de elementos dentários comprometidos.

A saúde bucal e os cuidados de que dela emanam são interpretados no Brasil como um direito dos cidadãos que deve ser garantido pelo Estado, por meio de programas ou políticas públicas universais (MELLO, 2008). Porém, nem todos os cidadãos têm o acesso garantido aos serviços de saúde, visto que a demanda é muito grande e o SUS não consegue atender todos no tempo necessário, significando que ainda faltam muitos investimentos em infraestrutura e em profissionais para que a saúde brasileira avance mais.

O contingente de idosos brasileiros tem aumentado, devido às mudanças demográficas ocorridas na população, prioritariamente, durante a segunda metade do século XX. Com o aumento quantitativo desse grupo populacional, viu-se uma necessidade de criar estratégias e políticas públicas de saúde voltadas para essa camada da população (CRISPIM, 2009). A saúde bucal dos idosos deve ser incluída nesse rol de políticas públicas de saúde, pois, não há como se tratar do idoso de forma integral se sua saúde bucal for esquecida.

O estudo justifica-se pela necessidade de se comparar os dados aferidos nos dois momentos, 2003 e 2010. A comparação de levantamentos epidemiológicos é fundamental para fazer uma análise criteriosa dos dados aferidos. Avalia-se a situação da população pesquisada anteriormente a cada pesquisa, buscando traçar se houve melhorias na qualidade de vida da população pesquisada. Essa comparação também é de fundamental importância para se realizar um planejamento adequado para as políticas públicas a serem implantadas, bem como retratar se políticas públicas instituídas surtiram os efeitos esperados.

A presente pesquisa tem por objetivo avaliar a condição de saúde bucal de idosos brasileiros, de acordo com os dados do SB Brasil 2003 e 2010; avaliar se há políticas de saúde bucal específicas para a população idosa; e observar as principais necessidades bucais dos idosos, que foram avaliadas pelo SB Brasil 2003 e 2010.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, com ênfase na comparação dos dados referentes à saúde bucal do idoso, provenientes dos levantamentos epidemiológicos nacionais SB Brasil

Lima, I. H. M. N. F. et al. 2003 e SB Brasil 2010. Segundo Oliveira (2007, p. 69), a pesquisa documental “caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação”. Para May (2004), os documentos não existem isoladamente, eles necessitam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido.

De acordo com Sá-Silva; Almeida; Guindani (2009, p. 10),

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, pois, constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência.

Os dados foram coletados dos levantamentos epidemiológicos supracitados, na biblioteca constante no site do Ministério da Saúde, posteriormente, compararam-se os resultados que debatem sobre a população idosa e avaliaram-se os mesmos. A busca dos dados foi realizada no mês de Janeiro de 2014.

Para referenciar o presente estudo, pesquisou-se artigos científicos na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Os dados foram coletados por meio das seguintes palavras-chave: SB Brasil, Saúde Bucal Idoso, Odontogeriatrics e correlatas.

Como critérios de inclusão utilizaram-se: artigos científicos na íntegra e livros, no período de 1998 a 2012, no idioma português e inglês e que abordassem o assunto. Foram excluídos os artigos que não abordavam tal temática, que não estavam em versão completa e que não apresentaram o perfil da pesquisa proposta.

## ***Avaliação da condição de saúde bucal de idosos...***

Analisou-se 20 artigos, porém, apenas 10 atenderam os critérios de seleção.

Os dados foram selecionados por pertinência ao assunto, foram levados em consideração os que continham informações sobre saúde bucal de idosos mediante avaliação dos dados do SB Brasil 2003 e do SB Brasil 2010. Realizou-se uma análise crítica dos dados coletados nos levantamentos epidemiológicos, bem como dos artigos científicos encontrados. Para a realização das análises descritas foi utilizada a planilha de cálculo Microsoft Excel 2010.

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS**

O SB Brasil 2003 foi intitulado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, ele foi realizado em 250 municípios brasileiros, sendo 50 municípios de cada macrorregião brasileira (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), participaram todas as capitais brasileiras e o Distrito Federal. Os municípios foram escolhidos mediante sorteio, ocorrido durante o V Congresso Internacional de Odontologia da Amazônia, e obedecendo a regras instituídas anteriormente. Teve como objetivo geral a produção de informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento e avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS (BRASIL, 2004).

Aproximadamente 2000 pessoas participaram do levantamento. Foram realizadas oficinas de calibração para garantir uma interpretação uniforme e consistente dos critérios padronizados para a coleta dos dados. A amostra total alcançada pelo levantamento foi de 108.921 pessoas, sendo que 5.349 pertencentes a faixa de 65 a 74 anos, desses 2.074 homens e 3.275 mulheres.

Lima, I. H. M. N. F. et al.

O SB Brasil 2010, sendo denominado “SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal” foi realizada em 177 municípios brasileiros, incluídas todas as capitais de estado e o Distrito Federal. Teve como objetivo geral conhecer a situação de saúde bucal da população urbana em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e dos serviços perante o SUS (BRASIL, 2012).

Realizou-se treinamento dos colaboradores com a pesquisa para uma padronização e uniformização na coleta dos dados. Cada equipe tinha um PDA (*Personal Digital Assistant*), dispositivo eletrônico para armazenamento dos dados (BRASIL, 2012). Foram avaliadas 37.519 pessoas individualmente, pelas equipes componentes do levantamento, abrangendo todas as cinco regiões brasileiras, sendo que 7.509 são pertencentes à faixa etária de 65 a 74 anos.

Nos dois estudos foram realizados exames bucais que avaliaram se as pessoas eram portadoras de patologias bucais, qual a gravidade das patologias encontradas e também a prevalências dessas patologias, bem como foram preenchidos questionários com dados socioeconômicos dos entrevistados.

Leciona Conceição (2007), que a lesão de cárie é um processo dinâmico de perda mineral dentária, onde ocorre um desequilíbrio entre a fase mineral do dente e a fase mineral do meio bucal, causado pela presença de microrganismos na superfície dos dentes, que produzem ácidos, levando a uma desmineralização contínua do esmalte e dentina dentários.

A lesão de cárie inicia no esmalte com inúmeras microlesões, que são focos de desmineralização oriundos da ação dos metabólitos bacterianos instalados na placa bacteriana, na superfície dentária. A ação reiterada de desmineralização provoca um aumento do tamanho das lesões (FRENCKEN, 2001).

Barbato (2007) afirma que,

O índice CPO-D, foi proposto em 1937 por Klein e Palmer, esse índice expressa o número de dentes permanentes afetados por lesões de cárie, sendo a soma dos dentes cariados (C), com os dentes perdidos (P) e os obturados (O). O CPO-D é um dos índices mais utilizados em saúde bucal, pois retrata a vivência de cárie do indivíduo.

**Tabela I - Comparação do percentual de indivíduos brasileiros segundo a prevalência de cárie dentária, na faixa etária de 65 a 74 anos.**

PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA (CPO-D)					
ANO	CPO-D ZERO DENTES HIGIDOS	CPO-D MÉDIO	CARIADOS (r)	PERDIDOS (n)	OBTURADOS (n)
2003	0,52%	27,79	1,17	25,83	0,79
2010	0,2%	27,53	0,52	25,29	1,72

Fonte: BRASIL (2004) e BRASIL (2012). Observação: 5.534 idosos são pertencentes à faixa etária de 65 a 74 anos em 2003 e 7.509 idosos em 2010.

Observa-se na Tabela I que no SB Brasil 2003, a percentagem de idosos que apresentaram CPO-D = 0 foi de 0,52%, enquanto no SB Brasil 2010 encontra-se o percentil de 0,2%. Isso demonstra que houve diminuição da quantidade de dentes sadios na população idosa. O CPO-D médio brasileiro na faixa etária de 65 a 74 anos no levantamento de 2003 foi de 27,79; enquanto no levantamento de 2010 encontrou-se 27,53.

Sabe-se que por anos a odontologia brasileira foi tida como mutiladora, e esses dados contribuem para que essa denominação seja tida como verdadeira, visto que nos dois levantamentos encontramos um alto valor para o CPO-D, o que significa um número elevado de dentes que já passaram por alguma experiência de cárie (CONCEIÇÃO, 2007).

Diversos fatores contribuíram para que atualmente esse índice seja elevado. Dentre eles pode-se afirmar claramente que os materiais odontológicos utilizados anteriormente para a confecção de restaurações, prioritariamente o amálgama, contribuíam para um maior desgaste de remanescente dentário sadio, sendo necessário realizar o preparo do dente com a finalidade do próprio remanescente dentário fornecer o suporte necessário para a adaptação da restauração em

Lima, I. H. M. N. F. et al.

amálgama. Dessa forma, quando havia uma fratura da restauração de amálgama, desgastava-se mais do dente sadio para a confecção de uma nova restauração, chegando a um ponto que o dente era removido (CONCEIÇÃO, 2007).

Outro fator que pode ser apontado é a falta de uma higienização bucal adequada, o que favorece a retenção de alimentos e a formação da placa bacteriana, que é fundamental tanto para o desenvolvimento da atividade de cárie, como para o desenvolvimento de doenças periodontais. A educação em saúde é fundamental para se mudar o comportamento do paciente, fazendo com que ele contribua para a sua própria saúde. Ensina Pereira (2007) que a sistemática educativa varia de acordo com a população ou indivíduo que se vai educar, como também de acordo com os instrumentos que se vai utilizar.

Na avaliação dos componentes do CPO-D (cariado, perdido e obturado), percebe-se na Tabela I, que em ambos os levantamentos encontra-se uma alta proporção de dentes perdidos, sendo 92,95% em 2003 e 91,9% em 2010, refletindo, respectivamente, os valores de absolutos de CPO-D médio de dentes perdidos 25,83 e 25,89. Avaliando-se esses dados, ratifica-se a afirmação de uma odontologia mutiladora no Brasil, como também, observa-se a alta necessidade de uso de próteses dentárias pela população idosa brasileira.

Historicamente, a população brasileira evita a busca por serviços de saúde de forma preventiva, protelando a sua visita a um profissional de saúde. A maioria das pessoas só busca o atendimento odontológico quando da ocorrência de sintomatologia dolorosa, sendo encaminhado para um serviço de urgência, fator este que em regra resulta na exodontia do elemento dentário, pois, é a via mais fácil e rápida de eliminar a dor (BARBATO, 2007).

A perda dentária precoce leva a uma alteração da saúde bucal do paciente, ela é um

dos piores agravos à saúde bucal, há uma perda ou mudança da função mastigatória na região edêntula, bem como ocorre uma série de adaptações do rebordo alveolar. Comenta Lindhe (2010) que a exodontia de um ou de múltiplos dentes ocasiona uma série de alterações adaptativas no tecido ósseo e mucoso, havendo uma reabsorção óssea do rebordo alveolar.

Para Owall (1997) as principais sequelas observadas nas arcadas dentárias de um paciente que teve uma ou mais perdas dentárias são: alteração da inclinação, rotação e extrusão dentária; abertura de contatos proximais, que levam à impacção alimentar; interferências oclusais; perda óssea alveolar no local do dente perdido; função mastigatória alterada em virtude de mastigação unilateral ou anterior; dentre outras.

Pacientes com perdas dentárias acentuadas possivelmente necessitam do uso de próteses dentárias, buscando-se retomar as funções mastigatória, fonética e estética. Mas o planejamento de uma prótese dentária depende de inúmeros fatores, dentre eles, condição financeira do paciente, saúde dentária dos remanescentes, capacidade de higienização do paciente, dentre outros. Mesmo após a instalação de uma prótese removível, o paciente deve retornar em consultas periódicas para uma reavaliação do tratamento, bem como para reembasamento da prótese, visto que somente a instalação de próteses removíveis não inibe a perda óssea. A avaliação do plano de tratamento deve ser feita com bastante critério pelo dentista e com apoio do paciente, para que os resultados sejam os mais benéficos possíveis (OWALL, 1997).

Lima, I. H. M. N. F. et al.

**Tabela II** - Número de indivíduos que usam próteses dentárias, SB Brasil 2003, na faixa etária de 65 a 74 anos.

	SUPERIOR		INFERIOR	
	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%
Não usa	1787	33,46	3066	57,43
Usa	3554	66,54	2273	42,57
Fixa ou Parcial Removível	416	7,79	408	7,64
Combinação de próteses	45	0,84	40	0,75
Prótese total	3093	57,91	1825	34,18

Fonte: Brasil (2004). Observação: 5.584 idosos são pertencentes à faixa etária de 65 a 74 anos, porém no levantamento foram avaliadas 5.341 arcadas superiores e 5.339 arcadas inferiores.

Observa-se nos resultados dos levantamentos na Tabela II que, em 2003, 66,54% usavam algum tipo de prótese superior e 42,57% utilizava alguma prótese inferior, sendo que a prótese dentária mais utilizada, tanto superior quanto inferior é a prótese total, que é a prótese escolhida para pacientes que tiveram todos os dentes extraídos (BRASIL, 2004).

**Tabela III** - Número de indivíduos que usam próteses dentárias, SB Brasil 2010, na faixa etária de 65 a 74 anos.

	DUAS ARCADAS	
	QUANTIDADE	%
NÃO USA	1763	23,5
USA	5739	76,5
Fixa ou Parcial Removível	915	12,2
Combinação de próteses	90	1,2
Prótese total	4734	63,1

Fonte: Brasil (2012). Observação: 7.509 idosos são pertencentes à faixa etária de 65 a 74 anos, porém no levantamento, referentes ao uso de próteses, foram avaliados 7.502 idosos.

Em 2010, conforme Tabela III, 76,5% utilizavam alguma prótese, porém, esse dado se refere às duas arcadas juntas, os dados de 2010 não foram separados por arcadas como o de 2003. A porcentagem de pacientes que utilizavam prótese total correspondia a 63,1%. Ratificando que a prótese mais utilizada pelos idosos brasileiros é a prótese total (BRASIL, 2012).

Com relação ao número de raízes dentárias expostas, em 2003, foi encontrado em média 3,06

na faixa etárias de 65 a 74 anos, em contrapartida em 2010 encontrou-se em média 3,95. Observa-se que a quantidade de raízes expostas é baixa, principalmente se compararmos com os dados encontrados na faixa etária de 35 a 44, em 2003, 5,92 e em 2010, 10,59. Pode-se afirmar que a baixa quantidade de raízes expostas encontradas na terceira idade é referente, principalmente, pelo elevado número de dentes que já foram perdidos por essa parcela da população. Os restos radiculares podem constituir um foco de infecção, fator este que deve ser avaliado para que se planeje a remoção dessas raízes, favorecendo e melhorando a qualidade da saúde bucal do paciente.

Doenças periodontais são infecções dos tecidos de sustentação do elemento dentário (osso alveolar, ligamento periodontal e cimento) causadas por microrganismos que colonizam as superfícies dos dentes e os tecidos de sustentação. O principal fator etiológico das periodontopatias é a placa bacteriana, que é a associação de inúmeras espécies bacterianas (PEREIRA, 2003).

A placa bacteriana, por ser uma estrutura complexa de interação entre microrganismos, possibilita um meio de defesa frente aos mecanismos de proteção do hospedeiro e de agentes antimicrobianos. A agressão bacteriana aos tecidos bucais ocorre pela ação de seus metabólitos (enzimas e endotoxinas) que desencadeiam uma resposta imunoinflamatória (PEREIRA, 2003).

O autor acima ainda afirma que, o Índice Periodontal Comunitário (CPI) é derivado do índice de necessidade de tratamento periodontal comunitário e tem como indicadores a presença ou ausência de sangramento à sondagem; cálculo supra ou subgingival e subdivisão das bolsas periodontais rasas e profundas. Para a determinação do CPI utiliza-se um espelho clínico e uma sonda periodontal OMS (instituída pela Organização Mundial de Saúde para levantamentos

Lima, I. H. M. N. F. et al.

epidemiológicos). Divide-se a boca em sextantes nas duas arcadas, sendo três sextantes na maxila e três na mandíbula, sendo 18-14; 13-23; 24-28; 38-34; 33-43; 44-48.

A condição periodontal nos dois levantamentos epidemiológicos foi avaliada com o uso do CPI, e avaliavam-se os sextantes, sendo avaliados em “Hígido”, “Sangramento”, “Cálculo”, “Bolsa Rasa”, “Bolsa Profunda” e “Excluído”. Um sextante era avaliado “Excluído” quando não apresentava nenhum dente ou quando apresentava apenas um dente funcional. Bolsa periodontal profunda era avaliada quando a profundidade de sondagem era maior que 6 mm (BRASIL, 2004).

**Tabela IV** - Comparação do percentual de indivíduos brasileiros segundo a condição periodontal, na faixa etária de 65 a 74 anos.

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO (CPI)						
ANO	SADIO	SANGRAMENTO	CÁLCULO	BOLSA RAS/	BOLSA PROFUNDA	EXCLUÍDO
2003	7,00%	2,00%	8,33%	1,33%	0,50%	80,83%
2010	1,80%	0,20%	4,20%	2,50%	0,80%	90,50%

Fonte: BRASIL (2004) e BRASIL (2012). Observação: 5.534 idosos são pertencentes à faixa etária de 65 a 74 anos em 2003 e 7.509 idosos em 2010.

Conforme Tabela IV, no SB Brasil 2003 a percentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal, avaliado como “Hígido”, na faixa etária de 65 a 74 anos foi de 7%, e no SB Brasil 2010, na mesma faixa etária, observa-se uma percentagem de 1,8%. Um dado que chama muito a atenção nos dois levantamentos é a quantidade de sextantes excluídos, em 2003, 80,83% e em 2010, 90,5%.

Segundo Pereira (2007, p. 431),

A Organização Mundial de Saúde propôs, em 1982, um conjunto de padrões de saúde periodontal aceitáveis para grupos populacionais, determinando para a faixa etária de 65 a 74 anos a presença de, no mínimo, 30 dentes funcionais.

Observa-se, pelo elevado número de sextantes excluídos, que a perda dentária da população idosa brasileira é bastante elevada, R. Interd. v. 8, n. 3, p. 119-127, jul. ago. set. 2015

## Avaliação da condição de saúde bucal de idosos...

como também, verifica-se que a qualidade do tecido dentário de suporte remanescente é precária. Observa-se também que muitos dos entrevistados não obedecem aos padrões de saúde bucal determinado pela Organização Mundial de Saúde.

**Tabela V** - Comparação do percentual de indivíduos brasileiros de acordo com o acesso a serviços odontológicos, faixa etária de 65 a 74 anos.

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS		
ANO	NUNCA	ATENDIDOS 1 VEZ
2003	5,81%	40,50%
2010	14,7%	28,9%

Fonte: BRASIL (2004) e BRASIL (2012). Observação: 5.534 idosos são pertencentes à faixa etária de 65 a 74 anos em 2003 e 7.509 idosos em 2010.

Um ponto que foi avaliado pelos dois levantamentos epidemiológicos, na Tabela V, foi o acesso a serviços odontológicos, onde se observa que, no levantamento de 2003, 5,81% dos entrevistados da faixa etária de 65 a 74 anos de idade nunca foram consultados por um profissional, enquanto que em 2010 o percentual encontrado foi de 14,7%. Dos que foram atendidos pelo menos uma vez na vida, em 2003, apenas 40,50% foram atendidos pelo serviço público de saúde, e em 2010, 28,9%.

Verifica-se que, mesmo no século XXI, muitos idosos nunca se submeteram a um tratamento odontológico, fator esse que colabora para a condição bucal da população brasileira ser considerada precária. Na literatura pesquisada foram encontrados dados próximos aos dos levantamentos ora estudados, Koch Filho (2011) informa que, em 1998, 6,3% dos idosos relataram nunca terem ido a um dentista.

Observa-se também que a abrangência do serviço de saúde bucal pública não está cumprindo um dos princípios básicos do SUS, que é a universalidade, pois, menos da metade das pessoas que já foram pelo menos uma vez ao dentista foi consultada na rede pública de saúde.

Analisando a literatura, verifica-se que não existe uma política nacional voltada especificamente para a saúde bucal do idoso,

Lima, I. H. M. N. F. et al.

porém, existe uma política nacional de saúde da pessoa idosa e uma política nacional de saúde bucal. A política nacional de saúde bucal foi instituída em 2004, pelo Ministério da Saúde, após a divulgação dos dados do SB Brasil 2003, delimitaram-se várias diretrizes que buscaram uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, destaca-se que para uma melhor organização foram instituídas linhas de cuidado, sendo que uma delas foi à linha de cuidado do idoso (BRASIL, 2004).

Sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa, ela foi instituída pela Portaria n°. 2.528, de outubro de 2006, do Ministério da Saúde, com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, sendo que o alvo dessa política é todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Destaca-se como diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa, dentre outras (BRASIL, 2006).

## CONCLUSÃO

Pelo presente estudo, percebe-se que a condição de saúde bucal da população idosa brasileira é crítica e precária, com os mais variados problemas bucais, principalmente, atividade de lesão cariosa, extensas perdas dentárias, e doença periodontal nos remanescentes dentários. Há uma grande necessidade de uso de próteses dentárias, que são fundamentais para uma reabilitação oral do paciente, retomando-se as funções do sistema estomatognático.

R. Interd. v. 8, n. 3, p. 119-127, jul. ago. set. 2015

Percebe-se que atualmente há uma maior preocupação na prevenção de doenças, porém, pelo presente estudo, vislumbra-se que a assistência odontológica ainda é negligenciada, só sendo buscada, em último caso, quando da presença de dor. Desta forma o tratamento de urgência é uma medida que possivelmente levará a uma perda do elemento dentário, e isso deve ser mudado, primeiramente com uma maior assistência odontológica preventiva, em segundo plano, como uma maior capacitação dos profissionais de saúde, enfatizando-se que a remoção do elemento dental deve ser realizada apenas se outro tratamento odontológico não for possível.

Não se encontrou políticas públicas essencialmente voltadas para a saúde bucal do idoso, mas na Política Nacional de Saúde Bucal, instituída em 2004, a ampliação do acesso às pessoas idosas foi relatada. É notório que pouco se avançou em relação à melhoria da saúde bucal da pessoa idosa, muito ainda tem que se fazer para uma melhor qualidade da atenção odontológica dessa faixa etária.

Desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, percebe-se que há uma pequena evolução na qualidade da saúde bucal, contudo, esta evolução ainda é lenta, e só se refletirá na faixa etária de 65 a 74 anos quando os jovens e adultos de hoje estiverem nela, pois atualmente, com as novas tecnologias implantadas na odontologia, com os profissionais saindo mais capacitados do ensino superior e com a maior ênfase na prevenção, futuramente, teremos idosos totalmente dentados, o que dificilmente é encontrado hoje.

## REFERÊNCIA

ARAUJO, I. D. T. et al. Odontologia e abordagem interdisciplinar na atenção integral ao idoso relacionado às principais alterações orais.

Lima, I. H. M. N. F. et al.

**Comunicação em Ciências da Saúde.** Brasília, v. 23, n. 1, p. 81-92, 2012.

BARBATO, P. R. et al. 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). **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, ago, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003.** Brasília (DF): MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília (DF): MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa idosa.** Brasília (DF): MS, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Sinopse dos Resultados do Censo 2010.** Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=> Acesso em 18 de Janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal.** Brasília (DF): MS, 2012

BULGARELLI, A. F; MANÇO, A. R. X. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 13, n. 4, p. 1165-1174, 2008.

CAMACHO, A. C. L. F; COELHO, M. J. Políticas públicas para o idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-84, mar./abr., 2007.

CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** 1. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

CASTIEL, L. D. Conflitos, interesses e alegorias: o caso SB Brasil 2003. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 647-670, abr, 2010.

CONCEIÇÃO, E. N. **Dentística: saúde e estética.** 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

COSTA, J. F. R; CHAGAS, L. D; SILVESTRE, R. M. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

CRISPIM, A. J; SAUPE, R; BOING, A. F. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese e de alterações de tecidos moles bucais em idosos R. Interd. v. 8, n. 3, p. 119-127, jul. ago. set. 2015

de uma comunidade de Itajaí-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 38, n. 2, 2009.

FRENCKEN, J. E; HOLMGREN, C. J. **Tratamento Restaurador Atraumático (ART) para a cárie dentária.** São Paulo: Santos, 2001.

LINDHE, J; LANG, N. P; KARRING, T. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processo.** Porto Alegre, Artmed, 2004.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 696-704, out./dez., 2008.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Vozes, 2007.

OWALL, B; KAYSER, A. F; CARLSSON, G. E. **Prótese dentária: princípios e condutas estratégicas.** São Paulo: Artes médicas, 1997.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais.**, v. 1, n. 1, jul. 2009. Disponível em: [http://redenep.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/pesquisa\\_documental\\_pistas\\_teoricas\\_e\\_metodologicas.pdf](http://redenep.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_documental_pistas_teoricas_e_metodologicas.pdf). Acesso em: 06 de março de 2014.

SAINTRAIN, M. V. L; VIEIRA, L. J. E. S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 13, n. 4, p. 1127-1132, 2008.

**Submissão: 14/01/2015**

**Aprovação: 02/06/2015**