

MARCUS VINICIUS DINIZ GRIGOLETTO

**AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS
PARA O PACIENTE IDOSO NOS MUNICÍPIOS QUE
COMPÕEM A DIR – XV – PIRACICABA/SP.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

PIRACICABA
2006

MARCUS VINICIUS DINIZ GRIGOLETTO

**AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS
PARA O PACIENTE IDOSO NOS MUNICÍPIOS QUE
COMPÕEM A DIR – XV – PIRACICABA/SP.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira

Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Profa. Dra. Vanessa Pardi

PIRACICABA
2006

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecário: Sueli Ferreira Julio de Oliveira – CRB-8ª. / 2380

G877a Grigoletto, Marcus Vinicius Diniz.
Avaliação dos programas odontológicos para o paciente idoso nos municípios que compõem a DIR-XV – Piracicaba/SP. / Marcus Vinicius Diniz Grigoletto. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2006.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Assistência odontológica para idosos. 2. Planejamento em saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(sfjo/fop)

Título em Inglês: Evaluation of oral health programs for the aged patient in the cities that they compose DIR XV – Piracicaba/SP.

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Dental care for aged. 2. Health planning.

3. Primary health care.

Área de Concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca Examinadora: Vanessa Pardi, Antônio Carlos Pereira.

Data da Defesa: 28-07-2006.

Programa Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa da Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 28 de julho de 2006, considerou o candidato Marcus Vinicius Diniz Grigoletto aprovado.

1. Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira _____

2. Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim _____

3. Profa. Dra. Vanessa Pardi _____

Dedico este trabalho à minha mãe Maria de Lourdes Batista Diniz por sempre ter acreditado em mim e pela enorme ajuda nos momentos mais difíceis da minha vida.

À minha esposa, mãe e companheira Micheli Petrini Chamma Grigoletto pela dedicação, compreensão e força para superar a distância e pelo incentivo que dá a minha vida pelo simples fato de existir.

Aos meus filhos Beatriz Rodrigues Grigoletto, João Pedro Rodrigues Grigoletto e Vinicius Chamma Grigoletto, as minhas três obras de arte, pela felicidade e orgulho que me trazem.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu Diretor, **Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho**, pelo importante papel na minha formação rumo ao crescimento científico e profissional;

Ao Coordenador do curso **Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira**, pelos conhecimentos transmitidos, amizade e pela constante disposição em ajudar;

Ao **Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim**, pela orientação, apoio durante a minha formação e imensa ajuda na construção deste trabalho;

À minha esposa **Micheli Petrini Chamma Grigoletto**, pelo sacrifício da distância para que eu pudesse realizar este trabalho;

À minha mãe **Maria de Lourdes Batista Diniz**, que assim como meus avós, sempre esteve ao meu lado e em nenhum momento deixou de me amar e de acreditar em mim;

Aos meus avós **Emílio Wadih Grigoletto e Liliana Ignez** por acreditarem na minha felicidade e pela bondade sem limites;

À Irmã **Monique Bourget** pela oportunidade de desenvolver este trabalho e pela confiança em mim depositada;

Ao **Dr. Luís Cláudio Sartori e Otilia Simões** por acreditarem em meu trabalho e pela oportunidade profissional lançada;

Ao **Dr. Sílvio Carlos Coelho de Abreu** pela amizade e confiança;

À **Dra. Julie Sílvia Martins** pela amizade, incentivo e exemplo de profissionalismo;

À equipe de saúde bucal da UBS Jardim Fanganiello: Adriano, **Daniela, Adnei, Priscila, Inês, Rosa e Euclides**, pelo apoio e paciência;

À antiga equipe de saúde bucal da UBS Jardim Campos: **Rose, Damares, Ilza, Cláudia, Marta e Marina**;

À gerente e amiga **Raquel Xavier** pelo apoio e amizade;

À todos os profissionais que estiveram ao meu lado nos diversos locais por onde passei e que ajudaram no meu crescimento profissional;

À **Profa. Dra. Luciane Zanin de Souza** pela amizade e pelas oportunidades dadas;

Ao **Dr. Hélder Auro dos Santos** pela força e compreensão;

Aos professores do curso de pós – graduação pelo conhecimento adquirido.

Ao meu pai pelo esforço na minha formação;

À todos que de forma direta ou indireta colaboraram no complemento deste trabalho.

"Não costumo lisonjear os moços. Sou pai, sou até avô; não lisonjeio a meus filhos, não hei de lisonjear a meus netos. Os moços são a força, são a vida e o futuro; devem ser a justiça, a honra e o direito. Mas não monopolizam estas funções, nem podem ser o oráculo deste mundo, que eles ainda não conhecem, porque o saber não é nativo, faz-se da experiência, que só amanhece para nós com a madureza dos anos."

Benedito Rui Barbosa.

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
1 INTRODUÇÃO	3
2 REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 Epidemiologia das doenças bucais;	5
2.1.1 <i>Cárie coronária;</i>	5
2.1.2 <i>Cárie radicular;</i>	15
2.1.3 <i>Alterações nos Tecidos Periodontais e Mucosa Bucal;</i>	21
2.1.4 <i>Alterações na Articulação Têmporo-mandibula;</i> <i>e Mastigação;</i>	26
2.2. População idosa e a legislação;	30
2.2.1 <i>A política nacional do idoso.</i>	33
3 PROPOSIÇÃO	38
4 MATERIAL E MÉTODOS	39
4.1 Aspectos éticos e legais	39
4.2 Caracterização da amostra	39
4.3 Coleta de dados	42
5 RESULTADOS	44
6 DISCUSSÃO	49
7 CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	68

RESUMO

Nos últimos 35 anos observou-se um envelhecimento demográfico nos países em desenvolvimento, atingindo um crescimento de 123%, segundo a Organização das Nações Unidas. Com a diminuição da doença cárie na população jovem e com a necessidade de um atendimento universal e equânime da população, os serviços de saúde devem buscar atingir todas as faixas etárias e não apenas os grupos em idade escolar como vinha sendo feito por inúmeras equipes de saúde bucal em vários estados do Brasil. Nesta forma, buscou-se analisar e discutir as políticas públicas implantadas na área odontológica, em relação à população idosa, nos municípios da região da Direção Regional de Saúde XV (DIR – XV/Piracicaba/SP) no estado de São Paulo. Foi elaborado um questionário com perguntas de planejamento, atenção e assistência em saúde e processo de trabalho envolvendo a população com mais de 60 anos de idade, encaminhado às Coordenadorias de Saúde Bucal das Secretarias Municipais dos 20 municípios que compõem a DIR, sendo que 19 responderam ao questionário. Os dados foram analisados de forma descritiva e os resultados apresentados através de tabelas. Ficou demonstrado que 68% dos municípios ainda tem a atenção à saúde bucal voltada a escolares e pré – escolares, 31% dos municípios utilizam critérios epidemiológicos para planejamento de suas ações, sendo que apenas 26% fazem uso deste recurso para o planejamento das ações para a população entre 65 e 74 anos e 89,47% dos municípios utilizam a UBS como local para desenvolvimento de ações para a população idosa. Concluiu-se que apesar de evidências epidemiológicas apontarem para o envelhecimento da população, ainda é necessário a adequação dos serviços à esta nova realidade com a reorganização do processo de trabalho dentro das diretrizes dos municípios que compõem a DIR XV/Piracicaba/SP.

Palavras – chave: Saúde do idoso, planejamento em saúde e atenção primária.

ABSTRACT

In the last 35 years a great demographic aging in the developing countries was observed, reaching a growth of 123% according to Organization of United Nations. With the reduction of the illness caries in the country and with the necessity of a universal attendance and equal form of the population, the health services must search to reach all not only the bands and the groups of children in pertaining to school age as it came being made for innumerable teams of buccal health in some states of Brazil. In this form, searches to analyze and to argue the implanted public politics in the buccal health area, in relation to the aged population, the cities of the region of the Regional Direction of Health XV (DIR - XV/Piracicaba/SP) in the state of São Paulo. It was elaborated a questionnaire with questions of planning, attention and assistance in health and process of work having involved the population with more than 60 years of age, directed to the Coordination of Buccal Health of the City departments of the 20 cities that compose the DIR, being that 19 they had answered to the questionnaire. The data had been analyzed of descriptive form and the results presented through tables. He was demonstrated that the majority of the cities still has the attention to the buccal health directed the pertaining to school and daily pay - pertaining to school, the great majority of the cities, does not use criteria epidemiologists for planning of its action with the aged population, as well as for the adult population. If it makes necessary the adoption on the part of the cities, of criteria of familiar and individual risk for the band of the aged ones in the planning of the basic attention. The service must be organized in the development of the work process so that the clinic increases its resolute capacity and the education in buccal health better is worked, having the actions of health with the aged ones not to be restricted only to the Basic Unit of Health.

Key- words: Aging Health, Health Planning and Primary Health Care .

1 INTRODUÇÃO

O vocábulo Gerontologia descreve o desenvolvimento das ciências com o envelhecimento humano, facultando a Geriatria o estudo do envelhecimento e sua relação com a doença e a incapacidade (Franks & Bjorn, 1977). Ainda segundo os autores, fica difícil distinguir a geriatria e a gerontologia, pois os processos de envelhecimento e os fatores externos exercem influência natural sobre as patologias da senescência.

A Federação Dentária Internacional (F.D.I.,1987) classifica como pessoas idosas aquelas com mais de 60 anos, em três grupos: a) idosos totalmente independentes; b) idosos parcialmente independentes; c) idosos totalmente dependentes.

Nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado, destaca a ONU: enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira, registrado nos últimos anos, tem trazido para o país uma situação nova, com uma porcentagem cada vez maior das faixas etárias de maior idade (Kalache et al., 1987; IBGE, 1987; Tout, 1989; Leake et al., 1990). Em 1960, a faixa de 60 anos ou mais era responsável por 4,9% do total da população brasileira; em 1970 por 5,3% e em 1980, por 6,5%, sendo certo que esses percentuais, aliados à diminuição das taxas de natalidade, vieram aumentar a expectativa de vida da população brasileira. (IBGE, 1987; IBGE, 2003).

De acordo com Cançado (1996), o aumento do número de idosos também tem sido acompanhado por um acréscimo significativo nos anos de vida da população brasileira. A esperança de vida, que era em torno de 33,7 anos em 1950/1955, passou para 50,99 em 1990, chegou até 66,25 em 1995 e deverá alcançar 77,08 em 2020/2025.

O Brasil não é mais um país de jovens, sendo que o envelhecimento da população segue uma tendência hoje dos países desenvolvidos. Paschoal, 1996, descreveu, segundo dados da Fundação IBGE, o declínio da taxa média de crescimento anual, sendo

que na década de 50 era de 2,99%, passando para 2,48% na década de 60; 1,93% na década de 80; 1,6% na década de 90 e com estimativa de crescimento de 1% para os próximos anos.

No outro extremo da pirâmide encontra-se o Brasil que está envelhecendo. Verifica-se por meio dos dados relativos ao índice de envelhecimento da população (Rosa, 1992; IBGE, 2003), o qual é traduzido pela proporção entre a população de 65 anos de idade ou mais pela população de 0 a 14 anos de idade, mostrando um aumento em termos percentuais de 10,5%, em 1980, para 14,0%, em 1991, atingindo 19,8%, em 2000. Esse é o reflexo do aumento da população de 60 anos ou mais de idade que, em 1991, era responsável por 7,3% da população total e que em 2000 atinge 8,6%.

Com a diminuição da prevalência da doença cárie em crianças e adolescentes no país, (Brasil/Ministério da Saúde, 2003) começa a surgir a necessidade da mudança da lógica do atendimento para os escolares, no serviço público, iniciado na década de 50, para a discussão de outros setores da sociedade, em especial o idoso. Diante desse quadro, caracterizado pela mudança epidemiológica e social e pelo aumento da expectativa de vida da população, torna-se importante a análise das políticas públicas, sobretudo os programas propostos pelos municípios para a saúde bucal da população idosa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Epidemiologia das doenças bucais

O século XX marcou definitivamente a importância do estudo da população idosa, de um lado, pela natural tendência de crescimento do interesse em pesquisar e estudar o processo de envelhecimento e, por outro lado, pelo aumento do número absoluto e relativo de idosos em todo o mundo, pressionando a discussão nos diferentes segmentos científicos e políticos.

Desta forma, este capítulo acaba por descrever os aspectos epidemiológicos das principais doenças que afetam a cavidade bucal e sua relação com o paciente idoso.

2.1.1 Cárie Coronária

O Levantamento Nacional de Saúde Bucal desenvolvido em 1986 (Ministério da Saúde, 1988), encontrou para o grupo etário de 50 a 59 anos, um índice CPOD de 27,2 com 86% deste, referente ao componente extraído e 3% com extração indicada.

A presença de lesões de cárie cervical deve ser uma preocupação constante com o idoso. A distribuição de sua prevalência na cavidade oral é mais evidente nos molares inferiores, seguida dos dentes anteriores superiores e dos molares superiores. Os dentes anteriores inferiores apresentam a menor susceptibilidade de ocorrência de lesões de cárie cervicais. As faces vestibulares e interproximais são mais suscetíveis do que as faces palatinas ou linguais (FEJERSKOV *et al.*, 1985). O desenvolvimento dessas lesões apresenta modelo multifatorial com uma série de variáveis associadas, como a presença de doenças crônicas, baixo fluxo salivar, deficiência de higienização, uso de medicamentos, entre outros (BECK *et al.*, 1986).

Dados da FDI – Fédération Dentaire Internationale - (1990) contidos em Rosa *et al.* (1992) em seu relatório preliminar, para levantamentos epidemiológicos, realizados na Nova Zelândia e Reino Unido, mostraram um CPOD de 28,9 com 87% dos dentes extraídos e CPOD de 26,4, com participação de 96% dos dentes extraídos, respectivamente.

Resultados obtidos por Rosa *et al.* (1992), estudando a população institucionalizada e não institucionalizada, com idade acima dos 60 anos, são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Número médio de dentes cariados, obturados, extraídos e com extração indicada no grupo etário de 60 anos ou mais, segundo o local de exame. São Paulo, 1989.

Local do Exame	Cariados		Obturados		Extraídos		Ext. Indic		Total	
	C	%	O	%	E	%	EI	%	CPO	%
Domicílio	0,65	2,2	0,76	2,6	27,14	93,5	0,48	1,7	29,03	100,0
Instituição	0,29	0,9	0,20	0,7	29,76	96,1	0,72	2,3	30,97	100,0

Fonte: Rosa *et al.*, 1992

Analisando os resultados, após exame de 236 pacientes, média de idade 73,5 anos, de ambos os sexos, de instituições e domicílios, da cidade de São Paulo, utilizando-se o índice CPOD (Klein & Palmer, 1937), pode-se notar que o CPO foi 29,03 para os pacientes examinados no domicílio e 30,97 para aqueles que residiam em instituição. O componente extraído (E) foi responsável por 93,5% do CPO dos examinados nos domicílios e 96,1% do CPO dos examinados nas instituições. As necessidades de tratamento para os dois Grupos (C+EI) não chegam a 2 dentes em média.

Brown & Swango (1993), analisando a experiência de cárie, entre adultos nos EUA, em estudos realizados em 1971-74 e 1985-86, chegaram às seguintes conclusões: 1- a média do CPOD tem diminuído entre os adultos de 18-44 anos; 2- diferenças na média CPOD podem não ser detectadas para pessoas de 45 anos ou mais; 3- os componentes perdido e cariado diminuíram em todas as idades. Foram examinadas 200 pessoas do grupo de 65 anos ou mais, utilizando-se luz artificial, espelho bucal plano e explorador. O índice utilizado foi o CPOD (OMS). O CPOD encontrado foi de 27,80. Para o CPITN, apenas 7 pessoas não apresentaram doença periodontal, enquanto que 46 apresentaram cálculo e 39, bolsa periodontal.

Rosa *et al.*, 1993, analisaram as condições de saúde bucal de idosos com 60 anos ou mais da cidade de São Paulo, obedecendo a estratificação em três grupos: funcionalmente independentes; parcialmente dependentes e totalmente dependentes. O

diagnóstico do quadro epidemiológico encontrado foi bastante precário, com situação desfavorável ao grupo totalmente dependente. Os autores sugerem a importância da realização de um programa de saúde bucal, principalmente em nível local.

Strayer, 1993, relata em seu artigo a necessidade de focar a atenção na promoção e prevenção dos problemas bucais, na população idosa. No estudo realizado nos 10 Estados americanos, com a maior população de idosos. Destes, 5 desenvolviam programas para a população idosa. As atividades desenvolvidas eram direcionadas para os pacientes institucionalizados. O autor conclui que o programa de odontologia pública tem demonstrado eficiência na melhoria da saúde bucal do paciente jovem, por meio de métodos de prevenção e promoção de saúde. Assim, é muito importante que seja também utilizados métodos adequados para a melhoria da saúde bucal e qualidade de vida do paciente idoso.

Wallace *et al.*, (1993) determinaram o efeito de um programa preventivo, na incidência de cárie de raiz, em 446 participantes não institucionalizados de uma área com concentração ótima de flúor. Os participantes tinham 60 anos ou mais e, pelo menos, 15 dentes na boca.

Os participantes foram divididos em 3 grupos:

Grupo 1: 171 indivíduos receberam o placebo.

Grupo 2: 147 indivíduos receberam aplicação tópica de flúor gel semestral.

Grupo 3: 148 indivíduos receberam bochechos de fluoreto de sódio 0,05%.

O estudo teve duração de 48 meses. Após esse período, foi calculado o número de lesões que foram paralisadas, o surgimento de novas lesões de cárie e o incremento de lesões de cárie de raiz. O diagnóstico para cárie de raiz foi baseado no escurecimento ou descoloração da lesão e sondagem com suave pressão, secagem e sem o uso de radiografia. Os autores concluíram que o índice CPOS, nos Grupos 2 e 3, foi significativamente menor do que no Grupo 1. O número de lesões que paralisaram, no Grupo 3, foi significativamente maior que no Grupo 1 e no Grupo 2. O número de novas lesões, no Grupo 2, foi menor que no Grupo 1.

Galan *et al.* (1995) estudaram 170 idosos no Canadá, acima de 65 anos, com média de idade de 82 anos. Os indivíduos apresentaram um CPOD de 25, um índice de cárie de raiz de 38%, CPITN de 3 ou 4 em pelo menos um sextante de cerca de 80% dos sujeitos e 41% eram edêntulos. A prática de higiene oral revelou que 7% escovavam menos que uma vez/dia; 60% não usavam fio dental e 14% limpavam as próteses totais menos que uma vez/dia.

Lundgren *et al.* (1995) tiveram por objetivo do estudo descrever o estado dental, os problemas de saúde bucal e a utilização dos serviços de saúde. Foram examinadas 374 pessoas de 88 anos de idade. Os resultados mostraram que 46% do sujeitos eram dentados. A dificuldade de boa higiene oral foi relatada por 10% da mostra. A utilização dos serviços dentários foi correlacionada com a autopercepção do estado dental, mostrando que a maior razão para não visitar o dentista era por “não perceber nada”.

Drake *et al.* (1995) investigaram, epidemiologicamente, a distribuição e os fatores da perda de dentes em idosos brancos e negros, na Carolina do Norte, EUA, durante três anos. Foram acompanhados 263 negros e 228 brancos, através de exame dentário e entrevista. Durante os três anos do estudo, 53% negros e 29% brancos perderam, no mínimo, um dente. A análise da curva de regressão logística demonstrou que os fatores relacionados aos negros foram: *S.mutans*, profundidade de bolsa periodontal, placa - subgingival e alguns sintomas de depressão. Aos brancos, foram relacionados: *lactobacilos*, consumo de álcool, história passada de uso de medicamento xerostômico, baixo prestígio ocupacional e aumento do número de eventos negativos na vida. Para ambas as raças, fatores como bactérias orais, condição periodontal, fatores sócio-econômicos são relatados como aumento do risco para a perda de dentes.

Alvarez-Arenal *et al.* (1996) necessitando de maiores informações para planejar ações de prevenção em saúde oral, determinaram o índice CPOD e os grupos prioritários para a necessidade de tratamento. Foram examinados 261 sujeitos dos Grupos de idade de 35-44; 46-64 e 65-74 anos. Os critérios seguidos foram da OMS (1987) O CPOD encontrado foi de 10,7; 12,5 e 15,1 para as idades de 35-44, 45-64 e 65-74 anos respectivamente, sendo que os homens apresentaram, em média, um CPOD menor em

todas faixas etárias. O componente P foi o principal responsável pelo índice CPOD, sendo que este aumentou de acordo com a faixa etária, sendo maior nas mulheres. De acordo com a classe social, o CPOD foi 7,6; 10,0; 14,0 nas classes alta, média e baixa respectivamente. Os autores afirmam não estar claro o fato do CPOD encontrado ser menor do que em outros países, já que, os programas de controle e fluoretação de água são inexistentes e o uso de dentifícios fluoretados e atenção odontológica não diferem. Isso pode ser explicado, em parte, pelo baixo consumo de açúcar na Espanha, em relação a outros países da união européia.

Dufoo *et al.* (1996) relataram a experiência referente à cárie na população da cidade do México, baseados nos critérios da OMS, 1987. O estudo foi desenvolvido por alunos do último ano de graduação, com supervisão dos professores. Não foram feitas radiografias. Os resultados apresentados neste trabalho mostram um CPOD de 21,5 para a faixa etária de 45-64 anos e 24,5 para a faixa etária de 65-99 anos. O trabalho mostra também um CPOD crescente de acordo com a idade.

Vrbic (1996) conduziu dois estudos num período de seis anos (1987-1993). Um com crianças e adolescentes e outro com idosos, em dez cidades, consideradas como centros econômicos e culturais da Eslovênia. Os níveis de flúor na água eram baixos e variaram entre 0,05 a 0,24 mgF/L. Foram selecionadas de forma aleatória, pessoas de 65 ou mais anos de idade. Os examinadores passaram por processo de calibração (variação entre 82% e 88%). Os exames foram conduzidos com espelho bucal plano, sonda exploradora e luz artificial. Para o grupo de 65 anos ou mais, o estudo inicial mostrou um CPOD médio de 27,0 (1987) passando para 27,8 em 1993. O componente P (perdido) figura como o principal componente do CPOD nesse intervalo de tempo e como responsável pelo aumento, passando de 22,5 para 24,3 em média, enquanto que o componente cariado e o restaurado variaram, em média, de 1,6 para 0,9 e, de 2,9 para 2,6, respectivamente.

Steele *et al.*, 1996, examinaram, além da parte clínica, o acesso aos cuidados de saúde bucal de uma amostra de 2.280 indivíduos com idade de 60 anos ou mais, de três regiões da Inglaterra. Os resultados mostraram que 33% dos indivíduos do sul e 57%, do norte da Inglaterra, eram edêntulos e, 20% daqueles que apresentavam dentes, eram

desdentados em uma arcada. Aproximadamente 50% de todos os dentes apresentaram ou apresentam cárie. O número médio de cárie radicular foi de 0,8, por indivíduo, sendo similar ao número médio de cárie de superfície coronária, 0,9. Uma minoria dos indivíduos apresenta uma dentição funcional com 21 dentes ou mais. As maiores mudanças nas condições de saúde bucal dos idosos ocorreram nos últimos trinta anos.

Jitomirski & Jitomirski, 1997, discutem a necessidade da inversão da atenção para o paciente idoso, principalmente os dependentes, por meio da observação da repetição dos problemas de saúde bucal que deveriam ter sido resolvidos em consultas anteriores. A preocupação está relacionada ao fato de que com o avanço dos anos, o idoso apresenta desconforto e perda da capacidade, não dando importância a certos sintomas que poderão mascarar ou levar a diagnósticos tardios de problemas de saúde bucal.

Werner *et al.*, 1998, baseando-se em uma estimativa para 2020, argumentam que 9% da população brasileira terá mais de 65 anos de idade e, com a percepção de que essa população será potencialmente produtiva, nas diferentes áreas de atividade, consideram lícito supor que a expectativa de retenção de dentes naturais, com saúde, tende a aumentar. Da mesma forma, os pacientes portadores de problemas sistêmicos e/ou crônicos também aumentarão. Assim, um novo desafio é lançado para o profissional da odontologia, ou seja, os pacientes com dificuldades de locomoção, cognitivas ou motoras, sendo desejável, portanto, o aprendizado e a utilização de diferentes espaços para a atividade clínica.

Saliba *et al.*, 1999, investigaram por meio de um inquérito, abordando aspectos gerais e específicos em relação à saúde bucal, as expectativas de 90 indivíduos institucionalizados de terceira idade, em relação aos serviços odontológicos prestados, na cidade de Araçatuba/SP. Os resultados mostraram que 62,2% dos indivíduos responderam não possuir dentes na boca, e que 53,3% procuraram o serviço público. O estudo relatou ainda que 40,0% estavam insatisfeitos com o seu estado de saúde bucal e 67,0% gostariam de receber atendimento odontológico. Os autores concluem que há necessidade de tratamento, porém a falta de conhecimento e de motivação quanto às medidas preventivas agravam o estado de saúde bucal dessa população.

Silva (1999) avaliou a percepção da saúde bucal de 337 idosos, com 60 anos ou mais, independentes, de um centro de saúde de Araraquara/SP. Foram realizados exames clínicos e aplicado o índice de GOHAI. Os resultados mostraram que 40,4% eram desdentados. Em relação aos pacientes dentados, 42,7% desses consideraram sua condição como regular, sendo que, para 55,8% sua condição era boa. O estudo conclui que o fator percepção apresenta pouca influência nas condições clínicas e, por isso, seria muito importante o desenvolvimento de ações educativas e preventivas junto a essa população.

Mello & Padilha, 2000, tiveram como objetivo descrever as condições de saúde bucal do idoso residente em instituições de pequeno porte e relaciona-las com variáveis independentes. O índice de placa (Silness e Loe) foi de 2,24 e o de placa em prótese (Ambjornsen) de 7,14. Quando analisadas as condições de saúde bucal e variáveis como: sexo, idade, tempo de institucionalização e número de cuidadores, estas não apresentaram diferenças estatísticas significantes. O grau de dependência do idoso foi a única variável que apresentou diferença estatística significativa.

Shinkai *et al.*, 2000, avaliaram o perfil do profissional dos alunos do curso sobre envelhecimento e saúde do idoso, da Escola de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz/RJ. Os dados analisados referem-se aos 236 formandos, entre 1992-1999. Das 21 profissões de nível superior encontradas, aquelas de maior frequência foram a Medicina, a Psicologia e Serviço Social. A Odontologia aparece com apenas 3 alunos, antepenúltima colocada, sendo que desse três, dois tinham vínculo acadêmico. Do total de alunos, 25% trabalhavam especificamente com idosos.

Mello & Padilha, 2001, abordam o problema da negligência odontológica, representado pelo conjunto de ações que incluem maus tratos ou não, podendo os maus tratos e a negligência, serem caracterizados por restrições, falhas nos cuidados básicos, higiene deficiente, condições de trabalho precárias e falta de qualificação dos cuidadores. Neste aspecto, para os idosos parcialmente dependentes, a deficiência na higiene representa o mais sério problema de saúde bucal, pois, nessa população, é responsabilidade do cuidador. O cuidado odontológico deve estar agregado à atenção integral à saúde do idoso, pois a condição bucal influencia diretamente a qualidade de vida.

Aleksejuniene *et al.*, 2000, tiveram por objetivo avaliar o padrão de cárie dentária de um grupo de 301 lituanos, com idade entre 64 - 74 anos. As informações foram obtidas pelo exame clínico e questionário. Os resultados mostraram que os lituanos apresentam um número de edêntulos (11% - 15%) menor do que os de outros países da Europa. Para os idosos com dentes, a experiência de cárie foi diferente de acordo com o local de residência, agregação de flúor na água de abastecimento, nível socioeconômico, entre outros. O estudo relata que aqueles que apresentam doença crônica têm melhores níveis de manutenção de saúde bucal. Os autores concluem que a experiência de cárie sofre influência das características relatadas e que esse grupo de indivíduos requer mais cuidados do que outros subgrupos da população.

Chen *et al.*, 2001, investigaram o estado de saúde bucal de 468 indivíduos de 65 anos ou mais, de Ghengdu / China. Foram analisadas as condições de cárie coronária, periodontal e higiene oral. Os resultados mostraram que os idosos escovam os dentes todos os dias, mas a maioria apresenta cárie, gengivite e periodontite, além de baixa capacidade mastigatória. Os autores concluem que a condição de saúde bucal é pobre e que é necessária a melhoria dos cuidados com a saúde dessa população.

Gilbert *et al.*, 2001, analisaram a incidência de cárie radicular e sua associação com fatores comportamentais e sócio-demográficos, num período inicial e após 24 meses. Foram selecionados 723 indivíduos de 45 anos ou mais, sendo realizado o exame clínico, no período inicial e após 24 meses e entrevista depois de decorridos 6 meses do exame inicial. Os pacientes foram separados em 4 grupos para a análise de regressão múltipla ao final do estudo: a) desenvolveram apenas cárie radicular; b) tiveram a raiz restaurada; c) ambos; e d) nenhum. Os resultados mostram que os fatores comportamentais e sócio-demográficos foram determinantes para as variações dos grupos. Dos participantes, 36% tiveram uma superfície cariada ou restaurada; destes, 17% pertencem ao componente cariado, 14%, ao componente restaurado e, 5% ao grupo cariado/restaurado. Os autores concluem que a cárie radicular é um problema importante em saúde bucal.

Souza *et al.*, 2001, através de um programa de prevenção, procuraram evidenciar a necessidade e a viabilidade de promoção de saúde bucal, em um grupo de

idosos, trabalhando com materiais de higienização adequados e melhorando a auto-estima do paciente. Estas medidas trouxeram resultados satisfatórios sobre a necessidade de manutenção dos dentes, seja pelo fator estético ou funcional.

Colussi & Freitas (2002) ao analisarem os estudos sobre saúde bucal do idoso no Brasil, a partir de 28 artigos selecionados nas diferentes bases de dados tendo como referência à data do levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 1986, relataram que o CPOD variou de 26,8% a 31,0%, sendo que o componente extraído foi o responsável por 84% do índice. O edentulismo aparece com uma prevalência de 68% e poucos idosos não necessitam de uso de prótese. Os autores discutem a necessidade de melhor padronização na organização dos dados mas, apesar disso, concluem que a saúde bucal do idoso no Brasil é precária.

Wyatt, 2002, tem trabalhado em identificar os problemas de cárie dentária em pacientes idosos que permanecem por longos períodos, recebendo cuidados, em hospitais. O trabalho foi desenvolvido no Canadá e constou do exame de cárie coronária e radicular (CPOD) de 369 idosos internados em hospitais. O exame analisou, ainda, a microbiota oral, dieta, higiene oral e história médica. Os resultados mostraram que 78,60% dos indivíduos desenvolveram lesão de cárie, no último ano; 50,4% desenvolveram cárie coronária e 68,8%, cárie radicular. Em média, foram 3,8 novas lesões de cárie por indivíduo. O estudo conclui que a prevalência de cárie dentária nos pacientes idosos que permanecem por longos períodos em hospitais foi alta e que, aproximadamente metade dos sujeitos da pesquisa tinham feito uma consulta ao dentista, nos últimos 5 anos. O autor coloca a necessidade do desenvolvimento de estratégias de prevenção de cárie para essa população susceptível.

Ikebe *et al.*, 2002, objetivaram estudar a utilização do serviço de saúde bucal e identificar os fatores que influenciam a sua utilização por um grupo de pacientes idosos, em uma área urbana do Japão. O estudo consistiu de 2.990 indivíduos que apresentavam 60 anos ou mais, com idade média de 66,5 anos, sendo que 52% eram mulheres. A utilização e satisfação com o tratamento dentário foram avaliadas por meio de um questionário, entre 1995 e 1998. Os resultados mostraram que 60% dos indivíduos fizeram uma consulta no

último ano, e que 33% deles tem recebido atenção regular em sua saúde bucal. A maioria dos indivíduos (63%) estava satisfeita com o tratamento dentário. Uma análise de regressão logística demonstrou que ambas, a utilização do serviço dentário e consultas de retorno, tiveram associação significativa positiva com a presença de dentes ($p < 0,01$).

Vucicevic-Boras *et al.*, 2002, avaliaram a condição de saúde bucal de 274 indivíduos institucionalizados, com idade média de 81 anos (+ ou - 8 anos) segundo os critérios da O.M.S.. Do total de indivíduos examinados, 192 ou 70% eram totalmente edêntulos e 39 (14,2%) eram desdentados em pelo menos uma arcada. O número de edêntulos e de dentes atacados pela cárie aumentou com o avanço da idade. Os autores concluem que é necessária a implementação de programas de saúde bucal para a população idosa institucionalizada.

McGrath & Bedi, 2002, o objetivo do estudo foi identificar os fatores essenciais relacionados entre a qualidade de vida e a saúde oral da população do Reino Unido. O estudo foi conduzido com uma amostra de 2.718 participantes que foram entrevistados em relação à sua saúde bucal. O número de respostas foi de 68%. Destes, 75% relataram que a saúde bucal deles era afetada pela qualidade de vida. O impacto da saúde oral, na qualidade de vida dos britânicos, foi substancial (classe social, $p < 0,01$) para ambos os fatores, positivos e negativos associados a fatores sócio - demográficos e saúde bucal.

No estudo realizado pelo Centro Técnico de Saúde Bucal, SES/SP (Soares *et al.*, 2002) relativo ao projeto SB 2000, com a participação de 7 faculdades de Odontologia. Foram examinadas 815 pessoas com idade entre 65-74 anos, constatando-se que os resultados relativos aos valores médios de CPOD e sua composição foram semelhantes ao de 1998, observando-se um CPOD de 28, com 93% da composição representada por dentes perdidos. Em relação ao uso de prótese, nessa faixa etária, 76% utilizavam na arcada superior e 52% na arcada inferior. Com relação ao acesso à assistência, 92% já foram alguma vez ao cirurgião-dentista, 58% dos idosos relataram uma visita há 3 anos ou mais, sendo a dor o principal motivo da consulta para 43% deles. Para 52% dos idosos examinados julgaram necessário algum tipo de tratamento. Fator preocupante está

relacionado aos que freqüentam o serviço odontológico, pois 46% procuram o setor privado.

McMillan *et al.*, 2003, tiveram por objetivo comparar o impacto da saúde oral na qualidade de vida, em pacientes idosos institucionalizados ou não, de Hong Kong. Foram selecionados 268 pacientes institucionalizados e 318 não institucionalizados, com idade entre 60 e 80 anos. Foi aplicado um questionário com informações sócio-econômicas OHIP (Oral Health Impact Profile) e exame oral. Os resultados mostram um grande número de pacientes institucionalizados edêntulos, 19%, além de serem os que menos recebem atenção em cuidados. Os principais fatores que afetaram o OHIP foram o local onde moram, nível sócio-econômico, tratamento e saúde bucal. Conclui-se que o impacto da saúde oral na qualidade de vida foi baixo e similar entre as populações institucionalizadas e não institucionalizadas, apesar dos padrões de saúde oral serem diferentes.

2.1.2 Cárie Radicular

Segundo Katz (1980), cárie radicular não é uma doença restrita aos idosos, embora a prevalência, nessa faixa etária, seja muito grande. Vários estudos têm demonstrado que a prevalência de lesões radiculares aumenta com a idade (Beck *et al.*, 1985; Lussi *et al.*, 1991).

Por vários anos, acreditou-se que o processo de cárie radicular fosse causado por bactérias específicas, diferentes das que provocam a cárie coronária. Entretanto, os estudos mostraram que a microbiota encontrada é similar nos dois tipos de lesões e ocorre uma correlação positiva entre os níveis de *S.mutans* e *lactobacilos* na saliva e no desenvolvimento de lesões (Ellen *et al.*, 1985; Keltjens *et al.*, 1987).

Beighton *et al.* (1991) dividiram as lesões de cárie radicular, segundo a necessidade de tratamento, e compararam o número de bactérias encontradas. À medida que diminui a necessidade de tratamento, predomina a ausência simultânea de *S. mutans* e *Lactobacilos*. Em lesões duras, que não necessitam de nenhum tipo de tratamento, a

ausência de ambas as espécies foi notada, em cerca de 94,2% das lesões. Apenas em 5,8% dos casos, foi constatada a ausência de uma espécie e a presença da outra.

Estudos demonstram uma correlação entre a experiência de cárie coronária e a presença de cárie radicular (Burt *et al.*, 1986; Locker *et al.*, 1989). A frequência de cáries radiculares entre portadores de cárie coronária foi três vezes maior que nas pessoas que não apresentavam a doença (Vehkalahti, 1987). Em outro estudo epidemiológico, foi estimado que pessoas que apresentavam cáries coronárias tinham 1,8 vez mais cárie radicular (Hand *et al.*, 1988), porém, cáries radiculares também podem se desenvolver na ausência de cáries coronárias (Vehkalahti, 1987).

Estudo realizado em Iowa (Hand *et al.*, 1988) acompanhou a incidência de cárie radicular por três anos. Esse estudo mostrou que aproximadamente 94% das superfícies radiculares cariadas verificadas no período foram ocasionadas pela presença de cáries iniciais. Somente uma pequena parte do aumento foi devido a cáries recorrentes. Não houve significantes diferenças por sexo, mas a incidência aumentou com o avanço da idade, em relação à redução do número de dentes de risco.

Truin *et al.* (1988) encontraram, em um estudo realizado na Holanda, para a faixa etária de 30-34 anos de idade, 12,4 superfícies radiculares expostas, 0,2 cariadas e 0,3 obturadas. Para a faixa de 35-44, os valores encontrados foram 12,4, 0,5 e 1,0; para a faixa de 45-54 foram de 17,3, 0,6 e 1,8, para a faixa de 55-64 foram de 18,2, 1,2 e 2,2; e para a faixa de 65-74 foram de 17,6, 1,1 e 3,9.

Truin *et al.* (1988) compararam o número médio de superfícies expostas, cariadas e obturadas, com e sem exposição radicular. Os resultados mostram que, acima da idade de 44 anos, somente uma exposição radicular, em cada dez, desenvolveu cárie radicular. No Grupo de 45-54 anos, uma lesão radicular para sete exposições radiculares e dez anos mais tarde (55-64 anos) uma em cinco, sendo uma em três, acima de 65 anos de idade. Este problema pode obviamente se agravar, no futuro, já que atualmente crianças e adolescentes, com baixa prevalência de cárie e muito mais dentes retidos, virão a envelhecer com um maior número de dentes na boca.

Segundo Beck (1993), as diferentes prevalências de cárie radicular podem ser atribuídas às diferenças nos critérios de diagnóstico de lesões radiculares, como diferenças na definição de cor, consistência da lesão, presença de cavitação, número de superfícies envolvidas, e, ainda, a diferença entre restaurações de abrasão e cárie radicular. Para melhor compreensão dos resultados epidemiológicos, deve-se providenciar uma uniformização de índices e critérios (Katz, 1990). A prevalência de cárie radicular, por exemplo, pode ser entendida como a proporção de pessoas com experiência de cárie radicular, número médio de lesões, ou ainda, número médio de dentes ou superfícies atacadas.

Katz, 1990, têm desenvolvido uma variedade de índices que assinalam lesões de cáries radiculares ativas ou inativas, baseados em combinações de textura (mole ou dura), cor (amarelo ou escura) ou profundidade das lesões cavitadas. A porcentagem de cárie radicular, em relação à mudança de critério de diagnóstico, variou 3,2%, quando consideradas apenas as superfícies de cárie radicular ativa, até 19,4% quando consideradas superfícies de cárie radicular ativa, inativa ou inativa.

No presente estudo, McDermott *et al.* (1991) se propuseram a estudar a prevalência de cárie de raiz, em população idosa. Foram examinados 103 indivíduos, com média de idade de 57,9 anos. Destes, 23,3% exibiram cárie de raiz, acometendo com maior frequência o sexo masculino, no Grupo de 60 anos ou mais. Das lesões encontradas, 45,0% concentraram-se nas faces vestibulares ou linguais. Os indivíduos que exibiam cárie de raiz apresentaram retração gengival e perda de inserção maior ou igual a 3mm, alto CPOD e perda de dentes. Entretanto, não houve correlação estatística significativa entre cárie de raiz e cárie de coroa, placa dental, cálculo, profundidade de sondagem e sangramento à sondagem.

Okawa *et al.* (1993) estudaram as diferenças entre homens e mulheres, nas diversas faixas etárias, em relação à presença de lesão radicular ou presença de superfície obturada. Homens tiveram, significativamente, uma maior prevalência de cárie radicular ativa e/ou superfície obturada que mulheres com idade entre 30-39 anos. Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significantes, entre homens e mulheres, nos

Grupos de idade 30-39, 40-49 e 50-59 anos, em relação à presença de cárie ativa ou inativa. Já em relação ao componente obturado, os valores para mulheres foram relativamente maiores que os valores encontrados para homens, exceto para a faixa etária de 30-39 anos, em que os homens tiveram, significativamente, maior prevalência de superfícies obturadas que as mulheres da mesma faixa etária. O índice elaborado por Okawa *et al.* (1993) para lesões radiculares leva em consideração justamente a presença de atividade ou não da lesão cariada, além de considerar um tipo de lesão radicular com etiologia diferente da cárie. O critério de classificação utilizado foi o seguinte:

- 1- Face radicular não cariada e não obturada à sondagem;
- 2- Cárie radicular ativa: presença de área bem definida e descolorada; o explorador entra facilmente encontra alguma resistência em sua retirada e a lesão está localizada abaixo da junção cimento-esmalte (JCE);
- 3- Cárie radicular inativa: presença de uma área descolorada bem definida com uma superfície lisa que permanece dura à sondagem. A lesão também deve se encontrar abaixo da JCE, ou seja, na superfície radicular;
- 4- Superfície radicular obturada: presença de materiais restauradores confinados completamente na superfície radicular;
- 5- Abrasão radicular: presença de um defeito formado na dentina exposta.

Thomson *et al.* (1995) procuraram associar a medicação utilizada pelo paciente e o risco de cárie dentária, em pacientes não institucionalizados com mais de 60 anos de idade. Foi realizada uma pesquisa em 1650 pessoas, em relação à experiência de cárie coronal e de raiz. O número médio de medicamentos que a pessoa tomava era de 1,8. Os resultados apontaram que os sujeitos que tomavam três ou mais medicamentos tiveram um maior número de cárie de raiz do que aqueles que tomavam um ou dois e aqueles que não tomavam ($p < 0,01$). Em relação aos medicamentos, verificou-se que os antidepressivos e medicamentos para úlcera provocavam um maior número de cáries ($p < 0,05$).

Lawrence, 1996, examinou 363 indivíduos, negros e brancos e, após 5 anos, 30% de negros e 35% de brancos desenvolveram novas lesões de cárie. As restaurações

representaram 75% do aumento do CPOS em brancos e 27% em negros. Cerca de 72% do componente cariado foi atribuído a novas cáries em negros, comparado com 22% em brancos, e somente 1,8% foi provavelmente devido à falhas de restauração.

Beck & Drake (1997) tiveram como propósito descrever a relação entre a prevalência de cárie coronária e cárie de raiz. Foram realizados exames e entrevistas com pessoas de 65 anos ou mais nos USA. Os dados foram realizados através de análise de regressão logística. Os resultados mostram que as pessoas que tinham experiência com cárie coronal e de raiz apresentavam em sua maioria retração gengival e perda de inserção.

Outras alterações dentárias são evidenciadas nos idosos, como a presença de erosão, atrição e abrasão dentária. Erosão pode ser definida como a perda progressiva do tecido duro do dente por dissolução química, não envolvendo a ação bacteriana. Atrição pode ser definida como a perda progressiva de tecido duro do dente causada pela mastigação, ou pelo contato entre as superfícies de oclusão dos dentes. Abrasão pode ser definida como a perda progressiva de tecido duro do dente, causada por outros fatores mecânicos, como o excesso de força durante a escovação, ocorrendo com maior frequência nas faces oclusais e interproximais (Walls, 1996).

Schaffner *et al* (1988) mostraram em seu estudo que 46,1% da população na faixa etária dos 46-50 anos, apresentavam abrasão. Na faixa etária de 40-49 anos, 39,9% de homens e 20,0% de mulheres apresentavam abrasão radicular com uma média de 1,12 dente. Na faixa etária de 50-59 anos, 42,4% de homens e 42,9% de mulheres apresentavam abrasão radicular, com uma média de 1,55 dente envolvido por pessoa.

Os possíveis fatores relacionados com a etiologia das erosões podem ser referentes à dieta (frutas e sucos cítricos, refrigerantes, água gasosa, vinagre e conservas), ao uso de medicação (aspirina, vitamina C, ácido hidrolorídrico, tônicos), à presença de regurgitação patológica (hérnia de hiato, alcoolismo crônico, vômito recorrente, diabetes mellitus, drogas que induzem à náusea, radioterapia, anorexia nervosa, bulimia), o histórico ocupacional (trabalho com ácido industrial) ou idiopática (“saliva ácida”) (Misch, 2000).

Outro fator de risco para cárie radicular na terceira idade é a xerostomia. Adultos acima de 65 anos, especialmente aqueles morando em instituições e usuários de medicamentos que causam diminuição da salivagem, registraram mais cáries que outros grupos pesquisados. Sabe-se que indivíduos institucionalizados usam muitos medicamentos que podem provocar efeitos xerostômicos, incluindo diuréticos, anti-histamínicos e anti-hipertensivos (Saunders & Handelman, 1992).

O aumento do número de lesões provocadas pela escovação tem sido discutido em vários países, especialmente na Suíça. Este estudo examinou 400 pessoas de dois grupos de idade distintas (20-30 e 46-50 anos) com relação à escovação dental e abrasão, erosão e hipersensibilidade dentinária. A frequência da abrasão provocada pela escovação (defeito maior que 1 mm de diâmetro) foi de 14,7%, nos mais jovens e 46,1% no grupo mais idoso, uma média de 2,5 dentes dos pesquisados, em ambos os grupos de idade. Cerca de 35% sofriam de hipersensibilidade dentinária, sendo que, no grupo que apresentava abrasão pela escovação, este problema atingiu 85,5% dos pesquisados (Schaffner *et al.*, 1988).

Keltjens *et al.* (1993) dividem os pacientes de acordo com a susceptibilidade ao risco de cárie radicular, da seguinte forma:

a) Grupo de baixo risco: pacientes com superfícies radiculares expostas sem lesões. Para estes pacientes, a prevenção pode consistir em instruções para higiene oral e dieta. O uso de um dentífrício fluoretado é suficiente para estes pacientes.

b) Grupo de risco médio: pacientes que têm desenvolvido um pequeno número de lesões cáries radiculares, por um longo período de vezes e recebendo tratamento periodontal. Para esses pacientes, aplicação adicional de flúor é indicada.

c) Grupo de alto risco: este grupo consiste de pacientes que têm várias lesões cáries radiculares ativas que foram desenvolvidas, em curto período de tempo. A restauração dessas lesões fornece pouco sucesso por causa do desenvolvimento de novas lesões, nas margens da restauração. Para estes pacientes, a prevenção pode ser intensificada

com o uso de um agente antimicrobiano em adição aos outros métodos preventivos, como por exemplo, clorexidina gel.

Em um estudo de Hunt *et al.* (1989), com 520 pesquisados com dentes e idade acima de 65 anos de idade, na população rural de Iowa, USA, foi comparada a incidência de cárie, em 18 meses, entre pessoas residentes de comunidades com e sem fluoretação. Nas comunidades com fluoretação, a incidência de cáries coronárias e radiculares foi menor. A incidência de cáries coronárias foi significativamente menor para pessoas que residiam em comunidades fluoretadas, por mais de 30 anos (1,95 vs 1,33 superfícies). A incidência de cáries radiculares foi significativamente menor entre residentes que moravam em comunidades fluoretadas, por mais de 40 anos (0,56 vs. 1,11 superfícies).

Stamm *et al.* (1990) compararam a prevalência de cáries radiculares, em adultos residentes em uma área fluoretada, com uma área não fluoretada. O número de casos de lesões cariosas radiculares, na comunidade fluoretada, foi significativamente menor, quando comparado com comunidades que não recebiam o flúor na água de consumo. Segundo König (1990), cárie radicular é uma característica da população que não depende somente de hábitos de escovação, saúde periodontal e dieta, mas também de outros fatores como exposição ao flúor.

2.1.3 Alterações nos Tecidos Periodontais e Mucosa Bucal

A perda de inserção aumenta com o avanço da idade. A relação entre idade e perda de inserção tem sido relatada como resultado da exposição ao biofilme bacteriano e não por mudanças na estrutura do periodonto. A média de progressão da doença periodontal é influenciada pela resposta imunoinflamatória do indivíduo, que, no caso dos idosos, geralmente, apresentam fatores de risco associados à doença periodontal, como hábitos de fumar, doenças crônicas (como por exemplo, diabetes mellitus e a hipertensão) e uso de medicações que influenciam nessa resposta (Lindhe, 1997).

A prevenção da perda de inserção nos idosos é baseada no aprimoramento de hábitos de higiene bucal, que muitas vezes é dificultado pela diminuição da acuidade

visual, da capacidade motora e invalidez física e mental. A presença de recessão gengival também é encontrada freqüentemente, como resultado da ação da força excessiva de escovação dental ao longo dos anos, podendo levar ao desenvolvimento de lesões de cárie cervical, sensibilidade dentinária e à exposição da área de bifurcação dos dentes (Walls, 1996).

Estudo realizado em Quebec, Canadá, por Simard *et al.* (1985) revelou que 81% das pessoas acima dos 60 anos necessitavam de algum cuidado periodontal.

Burt *et al.* (1986) demonstraram que a recessão gengival, não necessariamente, precede a cárie radicular e encontraram 12,5% do total de lesões cáries radiculares em dentes sem recessão gengival, tendo início a lesão a partir de bolsas periodontais profundas. A correta técnica de escovação é essencial para evitar injúrias de escovação e defeitos na raiz, como erosão e abrasão, tão prejudiciais quanto restaurações de lesões de cáries radiculares.

Os resultados do “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal” (Ministério da Saúde, 1988) realizado em 1986, no Brasil (zona urbana), mostraram condições bastante críticas, no grupo etário de 50 a 59 anos de idade. Pouco mais de 1% dos dentes foram considerados sadios. As piores condições eram das pessoas de baixa renda, sendo que apenas 1,3% destas pessoas não necessitavam de nenhum tipo de tratamento periodontal, enquanto 7% necessitavam de tratamento cirúrgico especializado. Cerca de 49,7% não foram examinadas por apresentar menos de 2 dentes remanescentes no sextante.

Brown *et al.*, 1990, avaliaram a condição periodontal de adultos empregados nos EUA, a pesquisa, conduzida pelo National Institute of Dental Research, mostrou que todos os adultos empregados têm alguma experiência com perda de inserção periodontal e menos de 13% apresentaram perda de inserção de 5mm ou mais.

Em estudo realizado, em 1990, por Pereira *et al.* (1996), em relação à saúde periodontal, na faixa etária acima de 60 anos, constatou-se que cerca de 43,3% das pessoas entrevistadas não tinham nenhuma noção sobre o assunto e 79,8% não tinham conhecimento sobre placa bacteriana.

No estudo de Rosa *et al.*, em 1992, com população institucionalizada e não institucionalizada, com idade acima dos 60 anos, as condições periodontais encontradas foram severas. Nos domicílios, 50% dos sextantes examinados necessitavam de tratamento complexo (Tipos III e IV), enquanto que, nas instituições, o percentual era de 67%. Dos sextantes examinados, nos domicílios, 99% necessitavam de algum tipo de cuidado periodontal, enquanto 50% necessitavam de tratamento complexo.

Cautley *et al.* (1992) realizaram investigação sobre cuidados de saúde dental e necessidade de tratamento para grupo de 817 idosos. Destes, 72% procuraram de maneira regular um tratamento odontológico e, 39% sentiram a necessidade de tratamento. A frequência de cárie coronária e radicular foi similar, bem como foi comum uma patologia na mucosa oral. A maioria necessitava de tratamento periodontal simples, embora 11% necessitassem de terapia complexa. Das pessoas examinadas, 24% requeriam tratamento complexo periodontal.

Locker & Leake (1993) avaliaram os indicadores de risco à doença periodontal em 624 pessoas de 50 anos de idade ou mais em Ontário, Canadá. A média de perda de inserção foi de 2,95mm (SD=1,41mm) e 77% dos sítios examinados tinham perda de 2mm ou mais. Estes dados confirmam os resultados recentemente encontrados nos EUA, indicando que a doença periodontal pode ser influenciada por fatores sociais.

De acordo com estudos de Okawa *et al.* (1993), a média de dentes com recessão gengival, por pessoa, na faixa etária de 50-59 anos foi de 5,17 (5,07 para homens e 5,86 para mulheres). Nessa faixa etária, 73,7% de homens e 85,7% de mulheres apresentavam recessão gengival, segundo pesquisa realizada com trabalhadores de fábricas japonesas. Desse mesmo, grupo 9,4% apresentavam cáries radiculares e 42,5% (42,4% homens e 42,9% mulheres) apresentavam abrasão radicular. Na faixa etária de 40-49 anos, 62% dos homens e 45,7% das mulheres examinadas apresentavam recessão gengival. A média de dentes afetados pela recessão gengival por pessoa foi de 4,08 para homens e 1,37 para mulheres.

Ainda segundo o autor, a proporção de recessão gengival, na população foi de 20,1% para a idade de 20-29 anos; 75,2% para a idade de 50-59 anos com uma média de

44,0%. O número médio de dentes com recessão gengival, na população, variou de 0,72 para o grupo com idade entre 20-29 anos a 5,17 para o grupo com idade entre 50-59 anos. O valor, para os homens, foi mais alto que aqueles para mulheres (Okawa *et al.*, 1993).

Brown & Swango (1993), analisando adultos empregados nos EUA, em estudos realizados em 1971-74 e 1985-86, examinaram 200 pessoas do grupo de 65 anos ou mais, utilizando luz artificial, espelho bucal plano e explorador. O índice utilizado foi o CPITN. Os autores concluíram que: apenas 07 pessoas não apresentaram doença periodontal, enquanto que 46 apresentaram cálculo e 39, bolsa periodontal.

Nos idosos, a recessão gengival tem sido observada em todos os dentes, mas os molares superiores e incisivos inferiores têm sido mais severamente afetados. Embora os incisivos inferiores tenham mais recessão gengival, achados clínicos e epidemiológicos mostram que os incisivos inferiores foram menos freqüentemente atacados por cárie radicular que os molares inferiores, sendo estes mais susceptíveis à cárie radicular (Fure & Zickert, 1990; Fejerskov *et al.*, 1991).

Slade & Spencer (1995) tiveram como objetivo avaliar dados epidemiológicos sobre a destruição periodontal, entre idosos do sul da Austrália, com mais de 60 anos. Foram examinadas 801 pessoas não institucionalizadas, para verificação da profundidade de sondagem e retração gengival, sendo examinados 17 dentes por pessoa em média. Os resultados mostraram uma perda de inserção de 4mm em 89,1% das pessoas, enquanto que uma perda de 2mm, em 78,1% em média. A extensão e severidade foram maiores em homens com mais de 80 anos.

Budtz-Jørgensen *et al.* (1996), verificaram a prevalência de cárie dentária e condição periodontal, segundo os critérios da OMS, e o acúmulo de placa (de acordo com os critérios de Løe & Silness). Foram examinados 1212 dentes, sendo que 14% apresentavam atividade de cárie de raiz e 10% cárie recorrente. A cárie de raiz foi associada ao grande acúmulo de placa, cárie coronária, recessão gengival e aumento da profundidade de sondagem.

Joshi *et al.* (1996) examinaram pessoas com 70 anos ou mais, com o objetivo de analisar se “um maior número de dentes teria uma maior quantidade de doença”. As pessoas foram divididas em 3 Grupos G1: 1-10 dentes; G2: 11-24; G3: 25-32. A análise de variância mostra que o sangramento à sondagem, profundidade de sondagem e perda de inserção aumentam conforme aumenta o número de dentes. O Grupo 3 também apresentou maior número de dentes cariados e restaurados. Outra constatação é que o Grupo 3 é o que mais freqüenta o dentista.

Brown *et al.* (1996) apresentaram dados relativos à condição periodontal da população americana da 3ª Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, conduzida pelo Instituto Nacional de Pesquisa Odontológica. Foram examinados 7.447 indivíduos de 13 anos ou mais de idade. Foram realizadas medidas de sangramento gengival, nível de recessão gengival, profundidade de sondagem e tártaro. O exame foi realizado em todos os dentes permanentes de dois quadrantes (1 maxila e 1 mandíbula). Os resultados mostram que 90% têm alguma perda de inserção clínica, somente 15% exibiram destruição periodontal severa, ou seja, perda de inserção maior que 5mm. A prevalência de doença periodontal moderada e severa aumentou com a idade. As mulheres exibiram uma condição periodontal melhor do que a dos homens. Foram encontradas diferenças entre sexo e grupos étnicos, em relação à perda de inserção e profundidade de sondagem.

Papapanou (1996), discutindo sobre a epidemiologia das doenças periodontais, relata a dificuldade da interpretação dos dados epidemiológicos das doenças periodontais, em virtude da metodologia utilizada. Apesar dessas dificuldades, a prevalência da doença periodontal apresenta um declínio. Atualmente, os estudos epidemiológicos apontam para o exame de todos os dentes. Outro ponto importante observado pelo autor é que a periodontite no adulto, em estágios mais avançados, afeta cerca de 10 – 15% da população, mostrando, portanto, a importância da educação em saúde e métodos preventivos pelo clínico geral.

Morris *et al.*, 2001, enfocam em seu artigo que a doença periodontal continua a ser o maior desafio para os pacientes e dentistas. Os autores chamam a atenção para a alta prevalência da doença, principalmente para o grupo de idosos, principalmente em virtude

da maior presença de dentes presentes. O controle da doença periodontal pode ser a chave para a manutenção dos dentes. Os autores concluem que o enfoque, em particular nas ações de saúde básicas como a higienização e melhora das condições para esse controle de placa, devam ser a chave para o sucesso do tratamento.

Ajwani *et al.*, 2001, descreveram o estado de saúde periodontal e as necessidades de tratamento de 175 idosos de Helsinque. O índice utilizado foi o CPITN. A saúde periodontal foi encontrada para 7% da amostra; sangramento a sondagem (CPITN=1) para 6%; cálculo (CPITN=2) para 41%; bolsa rasa (CPITN=3) encontrada em 35% da amostra e 11% da amostra apresentou bolsas maiores ou iguais a 6 mm. Os autores mostram em seu trabalho que 11% da amostra requerem tratamento complexo e que 89% cuidados básicos de saúde.

2.1.4 Alterações na Articulação Têmporo-mandibular e Mastigação

A mastigação e deglutição no idoso podem ser prejudicadas pela perda da dentição natural, com redução da força mastigatória, pelo uso de próteses mal adaptadas e por variações na articulação têmporo-mandibular, em função da diminuição do tônus muscular e da dificuldade de abertura e fechamento da boca. Alterações do paladar podem ocorrer, no idoso, em conseqüência da diminuição do número de papilas gustativas. Por vezes, é comum o idoso preservar e diferenciar o gosto azedo e apresentar diminuição da capacidade de percepção do gosto salgado, fazendo com que os alimentos pareçam apresentar sempre um gosto doce. Este fato pode gerar desestímulo à ingestão de alimentos e comprometimento da saúde geral do indivíduo. Além disso, a sensação do paladar está diretamente relacionada aos sentidos da visão e olfato, que, no paciente idoso, podem estar alterados, levando à redução do paladar dos alimentos (Shay, 1994).

Rosa *et al.*, 1992, realizou um levantamento epidemiológico com população institucionalizada e não institucionalizada, com idade acima dos 60 anos. A porcentagem de edêntulos observada no domicílio foi de 65%, sendo que destes, 76% usavam prótese total superior e inferior. Dos examinados em instituições (pessoas de menor renda), apenas 30%

apresentavam mastigação reabilitada através do uso de prótese superior e inferior. A necessidade de prótese total superior e inferior, nas instituições, chega a 55% e a necessidade de prótese total superior chega a 15%. Além disso, cerca de 18% dos examinados, em domicílio, necessitavam de próteses parciais superiores ou inferiores, enquanto nas instituições, somente 7% apresentavam esse tipo de necessidade.

Causa mais comum de perda dos dentes, em pessoas idosas, está mais freqüentemente associada à doença periodontal do que a cárie dentária. Alguns recentes estudos têm demonstrado que a cárie é, também, um importante fator para a perda de dentes em população idosa (Bailit *et al.*, 1987; Takala *et al.*, 1994).

Schwarz *et al.* (1994) realizaram estudo sobre condições de saúde oral, com os seguintes objetivos: 01-descrever as condições de saúde oral e analisar a demanda de cuidados em saúde para as pessoas de 65-74 anos de Hong Kong; 02- analisar as condições de saúde oral e as necessidades de tratamento para as pessoas da faixa etária de 34-44 anos. Foram selecionados 398 sujeitos de 35-44 anos e 559 de 65-74 anos, que foram entrevistados e clinicamente examinados. Os resultados apontam que 50% dos participantes usam dentadura superior ou inferior; 14% não apresentam dentes e 27% apresentam de 1 a 9 dentes ausentes. Em relação aos fatores que possibilitam acesso aos serviços, relacionaram pela ordem: ganho salarial, suporte da família e acesso ao programa dentário. Os procedimentos comportamentais relacionados ao serviço dentário e à prática da saúde oral são: percepção das condições dos dentes, dor, necessidade de tratamento, uso de dentadura, CPOD e CPITN.

Tzakis *et al.* (1994) estudaram um grupo de 35 pessoas com 90 anos de idade para avaliar a função do sistema mastigatório. Os métodos incluíram questionário, exame clínico e a força da mordida na região de incisivo central. Os resultados mostraram que 9 dos 35 indivíduos tinham pobre habilidade mastigatória, a força mastigatória na região de incisivos foi baixa e a maioria não teve nenhum sinal ou sintoma de desordem na A.T.M..

Bibb *et al.* (1995) propuseram avaliar a função da A.T.M. de idosos. Participaram 429 pessoas com idade média de 74,4 anos de ambos os sexos. Foi avaliado o ruído, dor à palpação e a medida de máxima abertura. A procedência de ruídos na

articulação foi observada em 19% das pessoas, enquanto que dor no músculo durante a palpação, em 13% e uma abertura menor do que 40mm, em 22%.

Haskin *et al.*, (1995) mostram que os estudos sobre epidemiologia da prevalência de problemas na ATM refletem o fato dos diagnósticos serem realizados pela presença ou ausência de sinais e sintomas não específicos. O objetivo do tratamento é baseado em aliviar os sintomas da doença e não o processo. Os autores entendem que o conhecimento dos mecanismos, que envolvem o início e o progresso do processo, pode resultar em novas e mais efetivas terapias.

Hiidenkari *et al.* (1996) mostram que a maioria dos Finlandeses perdeu um, alguns ou todos os dentes. As razões para a perda dos dentes são mobilidade, dor e tratamento protético. Nos grupos de pessoas de 30-39 anos de idade, a porcentagem de pessoas com dentição natural completa (28-32 dentes) era de 64%, em 1989. As mulheres têm menor falta de dentes do que os homens e o número médio de dentes perdidos aumenta com a idade.

Gilbert *et al.* (1996) examinaram 873 indivíduos que perderam um dente com 45 anos de idade ou mais. Destes, 45% tem atividade de cárie coronária, 94% apresentaram cárie coronária e 6%, cárie recorrente. Negros apresentaram maior atividade de cárie do que os brancos, os resultados estão associados com os cuidados com a saúde e uma política de cuidados primários em saúde oral.

Loh *et al.* (1996) tiveram por objetivo estudar a prevalência de perda de dentes e a cárie coronária em idosos de Singapura. O estudo contou com 891 idosos de 55-91 anos de idade. Os critérios seguidos foram os da OMS, 1987. Os resultados mostram uma porcentagem maior de edêntulos segundo a idade, 16,4% aos 55-59 para 39,9% com 75 ou mais. O índice CPOD também aumenta em relação à idade, sendo 17,9 aos 55-59 e 21,0 aos 75 ou mais, em que o principal responsável pelo índice é o componente P que representa 75,4% aos 55-59 e 92,0% aos 75 ou mais.

Tem ocorrido uma redução de edêntulos, nas recentes décadas em países ocidentais. Dados nacionais da Suécia mostram que a proporção de edêntulos do grupo de

65-74 anos diminuiu de 52%, em 1975, para 29%, em 1989. Para a faixa etária de 75-84 anos de idade, a metade da população ainda era edêntula, em 1989 (Fure & Zickert, 1997). Ainda segundo os autores, ao examinar a incidência de perda dentária e cárie, após 5 anos, em 450 pacientes, nas idades de 60, 70 e 80, anos na Suécia, utilizando-se os critérios propostos pela OMS (1987), a cárie dentária foi a principal razão para as exodontias, respondendo por 60% de todos os casos e por 77% para o grupo mais idoso.

Constataram, ainda, (Fure & Zickert, 1997) que 51% dos indivíduos desenvolveram novas lesões de cárie dentária, enquanto que 61%, lesões de cárie radicular e 27% não desenvolveram cárie no período. Durante os 5 anos do estudo, a média de incremento de cárie e restauração por superfície foi de 2,3; 3,7; 5,3; para as idades 60,70,80 respectivamente. O crescimento de cárie de raiz aumentou com a idade 1,4; 2,4; 5,5 para as idades 60; 70; 80, respectivamente.

Steele *et al.* (1997) identificaram as características da dentição natural, especialmente o número e distribuição dos dentes. Os dados foram coletados em 1.211 adultos dentados, com idade de 60 anos ou mais, na Inglaterra. A análise utilizada foi de regressão logística múltipla. A satisfação com a mastigação foi influenciada por problemas específicos com a comida, boca seca e aumento de idade. Os problemas com a mastigação foram relacionados com fatores como número e distribuição de dentes e dentaduras. A conservação de 21 ou mais dentes naturais, sem prótese removível, 2 ou mais pares de dentes com contato posterior e poucos espaços anteriores são fatores importantes relacionados à ausência de problemas de mastigação. Espaços anteriores, cárie e doença periodontal são associadas à insatisfação com a mastigação.

De Bont *et al.* (1997) relatam que a prevalência, de desordens na ATM, difere de estudo para estudo, provavelmente devido a erros de metodologia e necessidade de padronização das definições de suas características.

Le Resche (1997) escreveu artigo de revisão a respeito da dor na região têmporo – mandibular e sinais e sintomas associados a desordens específicas, com o objetivo de identificar possíveis fatores etiológicos. O autor descreve que a dor na região da ATM é relativamente comum, ocorrendo em 10% da população acima dos 18 anos. Esta

condição aparece mais em jovens e adultos de meia-idade do que em crianças e idosos e, sendo 2 vezes mais comum em mulheres do que em homens. Os padrões de prevalência sugerem que as investigações sobre etiologia devem ser direcionadas para fatores psicológicos e biológicos.

Mcfarlene *et al.*, 2002, objetivaram determinar a prevalência da dor orofacial em 2500 adultos com idade entre 18-65 anos. A dor orofacial esteve presente em 26% das pessoas examinadas. Os participantes do sub-grupo de 56-65 anos de idade, a prevalência da dor foi de 22%. Dos participantes que relataram sentir dor, somente 46% procuraram aconselhamento com o dentista ou médico. A região da ATM foi responsável por 6% dos pontos relatados com dor.

2.2 A população idosa e a legislação.

Em um primeiro momento, quando o assunto é Legislação vem-nos a idéia das normas, códigos e leis que, em Legislação, compreendem duas premissas fundamentais (Faria, 1996) primeiro: “trata-se de algo que é declarado publicamente”; segundo: “é o conjunto de leis com o objetivo explícito de regulamentar as relações entre pessoas, grupos, classes ou instituições de uma determinada sociedade”, informando a dinâmica nessas relações.

Parece claro que o Direito é uma ciência que deve refletir sobre as mudanças que ocorrem na economia, na sociedade, na saúde e acabam por refletir os aspectos de formação ética e moral daqueles indivíduos que as escrevem (Fernandes, 2002).

A Constituição Federal de 1988 traz avanços importantes na questão da cidadania, até então não tratados, cabendo salientar que a Constituição Federal de 1988, no artigo 5^o, determina:

“Todos são iguais perante a lei, e que, sem fazer distinção de qualquer natureza, garante-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país, a inviolabilidade do direito à vida, à propriedade, à igualdade e à segurança”

Faria (1996) destaca como Direito Social, os direitos relacionados à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, enfim, às condições de vida. Pode-se notar claramente que, a configuração do Direito Social, nada mais é do que o direito à cidadania, como expresso no artigo 6^a. da Constituição do Brasil:

“São Direitos Sociais a educação, a saúde, o trabalho, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma dessa Constituição.”

Importante ressaltar que, na Constituição de 1988, surge um novo conceito de Política Social, valorizando, entre outras questões, a saúde, como direito universal, artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantidos, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Fica então, a necessidade de se discutir a situação da pessoa idosa na legislação brasileira, cujo tema, na opinião de Fernandes (2002) é tardio, no Brasil e ocorre somente após 1976, com o I Seminário Nacional de Estratégias de Política Social do Idoso. Nesta data, apesar de contar com profissionais de várias áreas e estabelecer metas concretas, sua implementação não aconteceu durante os governos Geisel, Figueiredo e Collor.

Fernandes (2002) comenta que a Constituição de 1946 regulamentou vários aspectos da vida social, que demandavam questões jurídicas, mas não fez nenhuma referência à questão da proteção as pessoas idosas. Desta forma, é alcançado importante avanço na questão do idoso, com a Constituição de 1988, com destaque:

“A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos, garantindo-lhe participação na comunidade e a defesa de sua dignidade, do bem-estar e do direito à vida”

A Lei 8842/94 de 04 de janeiro de 1994, define a Política Nacional do Idoso, estabelecendo os seus direitos sociais, com o objetivo de criar condições para sua

integração, autonomia e participação e, estabelecendo como pessoa idosa aquela com mais de 60 anos de idade. A Lei 8842/94 foi regulamentada pelo Decreto-Lei 1948/96 que, entre outros pontos, destaca:

1. garantir ao idoso todos os direitos de cidadania;
2. realçar a importância da capacitação daqueles que trabalham nas áreas de Geriatria e Gerontologia;
3. criação do Conselho Nacional, Estadual e Municipal do idoso, sendo função dos conselhos o acompanhamento da Política Nacional do Idoso;
4. Geriatria e Gerontologia serem incluídas nos currículos dos cursos superiores;
5. programas de preparação para a aposentadoria;
6. promover e defender os direitos da pessoa idosa;
7. participação do idoso no controle social – SUS;
8. garantir ao idoso a assistência integral à saúde;
9. programa educacional que contribua para a melhoria da condição física, mental e social do idoso.

Em âmbito jurídico, o conceito de idoso é o conceito cronológico, em suas diferentes situações, cabendo aqui citar Fernandes (2002): “há uma necessidade premente de criar uma consciência de que a idade não elimina os direitos do homem, com a lei devendo agir no sentido de garantir a compensação das fragilidades e limitações típicas da velhice”.

O Código Penal, artigo 65, estabelece a idade superior a 70 anos, como circunstância atenuante obrigatória. Quando da existência de problemas de sucessão, estando o idoso desaparecido por mais de cinco anos e esse com mais de 80 anos de idade, pode-se abrir a sucessão.

O Código Civil, em seu artigo 258, estabelecem as idades de 60 anos para o homem e 50 para a mulher, como obrigatórias para a separação total de bens no casamento e para os maiores de 60 anos, no artigo 414, desobriga do exercício da tutela.

A tarefa do Estado Democrático de Direito é a de dar proteção aos direitos fundamentais e de superar as desigualdades sociais, promovendo o direito à cidadania (Faria, 1996). Esse mesmo autor, discute, ainda, a necessidade de maior socialização das informações referentes aos idosos, junto aos legisladores, para que ocorra um aumento do conhecimento sobre Gerontologia, cuja finalidade seria a de uma maior atenção a um contingente cada vez maior de pessoas, nessa faixa etária.

Faria (1996) descreve em relação ao Plano Internacional Sobre Envelhecimento da ONU, alguns pontos, que são lesivos as pessoas idosas e que devem ser motivo de atenção da família e dos cuidadores:

- ✓ descuido passivo: não existe propósito consciente de impor dor física ou emocional (p.e.: esquecer de dar medicação);
- ✓ descuido ativo: cria-se, intencionalmente, estresse físico ou emocional (p.e.: privar de um remédio);
- ✓ maus-tratos psicológicos: causar angústia, humilhação ou ofensa;
- ✓ maus-tratos físicos: aprisionamento ou agressão;

2.2.1 A Política Nacional do Idoso.

O século XX marcou para o Brasil profundas mudanças no contexto das transições epidemiológicas, demográficas e políticas. Experimentamos, nesse período, a necessidade de apresentar novas políticas sociais, devido à pressão do rápido envelhecimento, absoluto e relativo, da população e também porque nosso modelo de assistência foi voltado para a população materno-infantil.

Costa, 2002, discutem um importante ponto, na questão da política de saúde para o idoso, ao lembrar que esse segmento da população sempre esteve ligado às questões

da previdência social, problemas com gastos, atenção à doença, ao invés de considerar a promoção da saúde e a qualidade de vida.

Uma formulação de Política de Social para a pessoa idosa deve discutir entre outros pontos (Costa, 2002):

1. o que é ser idoso;
2. seguridade social;
3. investimentos na Política Nacional do Idoso;
4. o papel da pessoa idosa;
5. responsabilidade dos governos;
6. o papel dos órgãos de estudo e pesquisa para orientar a tomada de decisão política.

Desta forma, baseado em texto de Costa, 2002, este texto irá tratar do marco histórico e legal da questão, referente à Política Nacional do Idoso:

- **1963:** o SESC (criado em 1946) inicia um trabalho com grupo de idosos, na cidade de São Paulo, que os autores (Costa, 2002) consideram a iniciativa revolucionária, pois as políticas até então eram direcionadas para o atendimento em instituições;
- **1974:** uma primeira iniciativa governamental através do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com a portaria nº 82 de 04 de julho de 1974, por intermédio do INPS realizava “ações preventivas em seus centros sociais, com instituições comunitárias. Objetivava o pagamento de internações aos aposentados e pensionistas, a partir dos 60 anos de idade, em sistema de asilamento”;

- **1974:** Governo Federal – Lei:6179/1974: “benefício de 50% do salário – mínimo vigente no país a todas as pessoas, com mais de 70 anos de idade, que não recebiam benefício da Previdência Social e não tinham condições de subsistência”;

- **1976:** Ministério da Previdência e Assistência Social solicita estudo para conhecer a situação de saúde do idoso no Brasil. A iniciativa recebe o apoio do SESC/SP. Foram realizados três seminários nas seguintes regiões e suas respectivas sedes: Sul e Sudeste (São Paulo), Centro-Oeste (Belo-Horizonte) e Norte e Nordeste (Fortaleza), resultando nos seguintes pontos:
 - 1.manutenção do idoso na família;
 - 2.serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar;
 - 3.revisão do sistema previdenciário;
 - 4.formação de recursos humanos;
 - 5.coleta de informações sobre o idoso pelo DATAPREV e IBGE.

- **1977 / 1978:** Ministério da Previdência e Assistência Social passa a responsabilidade do desenvolvimento de programas para a população idosa para a LBA (Legião Brasileira de Assistência). Essa transferência de responsabilidade foi oficializada pela Portaria do MPAS 838/77, Circular nº 1 de 1977 e item 32 da Portaria nº 8 de 1978, Secretaria de Assistência Social do MPAS. As ações da LBA centraram-se nos projetos Conviver e Asilar, por meio de cooperação técnica e financeira, atingindo 1.200 entidades e 2.600 municípios;

- **1982:** a ONU (Organização das Nações Unidas) promoveu a I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. A principal proposta da assembléia foi iniciar um fórum de discussão com duas propostas básicas: instituir um sistema de seguridade econômico-social e sistemas de proteção e prestação de serviço, com o objetivo de desenvolver um conceito positivo de envelhecimento;
- **1988:** Brasil e a Constituição Cidadã – assegura os direitos ao idoso, em seus artigos 203 e 204;
- **1993:** Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei nº 8742/93, “inclui benefícios e projetos de atenção ao idoso com a responsabilidade das três esferas do governo”;
- **1994:** Política Nacional do Idoso, aprovada em 04 de janeiro de 1994, com a Lei nº 8842 e Decreto nº 1948/96, estabelece os direitos sociais, garante a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, considerando como pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais de idade;
- **1999:** Ministério da Saúde – Política de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1395, 09 de dezembro de 1999, estabelecido a partir da discussão com diferentes representantes dos diversos segmentos científicos e sociais;
- **2000:** instituição na Câmara Federal de uma Comissão Especial para tratar das questões relacionadas ao estatuto do idoso;

- **2001:** Estatuto do Idoso - promovido pela Comissão de Direitos Humanos e Secretaria da Câmara Federal para discussão do Estatuto do Idoso e envio ao Presidente da República, com finalidade de promover e ampliar a Lei nº 8842/94.

Podemos destacar alguns dos propósitos, nas mais diferentes áreas de atuação governamental, do plano de assistência ao idoso (Costa, 2002):

EDUCAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - capacitação de recursos humanos em Geriatria e Gerontologia; - introdução de programas de Pós – Graduação; - estudos e pesquisas para o paciente idoso; - centros de referência nas Universidades.
SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - estudos epidemiológicos; - sistemas alternativos de saúde para o idoso no SUS; - ações de promoção e recuperação da saúde.
TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> - capacitação de técnicos que atuam na área do envelhecimento; - capacitação de cuidadores formais e informais de idosos;
JUSTIÇA	<ul style="list-style-type: none"> - criação de banco de dados sobre legislação.

3. PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente trabalho é analisar e discutir as características dos serviços de saúde na área odontológica, em relação à população idosa, nos municípios da região da DIR – XV/Piracicaba/SP.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido à partir da elaboração de um questionário como instrumento de coleta de dados que foi aplicado nos municípios de Águas de São Pedro, Analândia, Araras, Capivari, Charqueada, Conchal, Cordeirópolis, Corumbataí, Elias Fausto, Itirapina, Leme, Limeira, Mombuca, Pirassununga, Piracicaba, Rafard, Rio Claro, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra e São Pedro, todos pertencentes à DIR XV – Piracicaba no estado de São Paulo.

4.1 Aspectos éticos e legais

Esse trabalho foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP (CEP-FOP/UNICAMP) conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, com o número de processo 024/2003.

4.2 Caracterização da amostra

Os vinte municípios que compõem a DIR XV, apesar de estarem na mesma direção regional, apresentam algumas diferenças de condições de vida, medida através do índice de desenvolvimento humano municipal IDHM e demografia através dos números populacionais. Isso pode ser verificado nas Tabelas 2 e 3.

O IDHM é um indicador que focaliza o município como unidade de análise, a partir das dimensões de longevidade, educação e renda, que participam com pesos iguais na sua determinação, segundo a fórmula:

$$\text{IDHM} = \frac{\text{Índice de longevidade} + \text{Índice de educação} + \text{Índice de renda}}{3}$$

Em relação à Longevidade, o índice utiliza a esperança de vida ao nascer (número médio de anos que as pessoas viveriam a partir do nascimento). No aspecto Educação, considera o número médio dos anos de estudo (razão entre o número médio de anos de estudo da população de 25 anos e mais, sobre o total das pessoas de 25 anos e mais) e a taxa de analfabetismo (percentual das pessoas com 15 anos e mais, incapazes de ler ou

escrever um bilhete simples). Em relação à Renda, considera a renda familiar per capita (razão entre a soma da renda pessoal de todos os familiares e o número total de indivíduos na unidade familiar). Todos os indicadores são obtidos a partir do Censo Demográfico do IBGE.

O IDHM se situa entre 0 (zero) e 1(um), os valores mais altos indicando níveis superiores de desenvolvimento humano. Para referência, segundo classificação do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), os valores distribuem-se em 3 categorias:

- Baixo desenvolvimento humano, quando o IDHM for menor que 0,500;
- Médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800;
- Alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800.

Tabela 2
IDHM e posição no Ranking IDHM Paulista, dos municípios da DIR
XV, nos anos de 1991 e 2000.

Municípios	IDHM		IDHM Ranking	
	1991	2000	1991	2000
Araras	0,802	0,828	20	39
Conchal	0,752	0,77	245	398
Leme	0,77	0,796	163	198
Limeira	0,781	0,814	101	90
Pirassununga	0,813	0,839	10	20
Águas de São Pedro	0,823	0,908	3	2
Capivari	0,793	0,803	41	150
Charqueada	0,776	0,782	135	302
Elias Fausto	0,723	0,768	327	408
Mombuca	0,753	0,75	244	535
Piracicaba	0,803	0,836	17	22
Rafard	0,789	0,803	57	147
Rio das Pedras	0,75	0,791	252	237
Saltinho	*	0,851	*	9
Santa Maria da Serra	0,716	0,78	341	321
São Pedro	0,771	0,785	160	282
Analândia	0,773	0,804	153	144
Corumbataí	0,779	0,78	112	315
Itirapina	0,775	0,783	139	298
Rio Claro	0,815	0,825	6	51

* Dados indisponíveis

Fonte: Fundação SEADE, IDHM, 2000.

A posição ocupada pelo município é em relação aos outros municípios do Estado de São Paulo no que se refere ao desenvolvimento humano. O município classificado como número 1 é o de melhor desempenho. Quanto mais elevada a posição no ranking pior é o índice de desenvolvimento humano na localidade.

A população com mais de 60 anos que vive na região onde foi realizada a pesquisa, assim como no resto país, encontra-se em processo de crescimento, justificando que no planejamento local de saúde, esta faixa etária esteja incluída.

No ano de 1991, considerando os moradores com 60 anos ou mais, dos municípios formadores da DIR XV, representava 8,55% do total da população, totalizando 84.248 indivíduos.

No ano de 2003, ano de realização da pesquisa, a população com mais de 60 anos na região da DIR XV, já representava 10,12% do total da população, um acréscimo de 1,57% totalizando 125.894 indivíduos.

Quando comparada a idade em relação ao ano das pesquisas, os números totais da DIR XV, apresentaram um acréscimo percentual no período entre os dois momentos de levantamento, 1991 e 2003. (Tabela 3).

A mesma tabela também demonstra que as faixas etárias com maior crescimento entre os idosos, foram as que se encontravam entre 70 e 74 anos e 75 anos ou mais, 0,47% e 0,75% respectivamente, contra 0,29% na faixa etária entre 65 a 79 anos e 0,06% na faixa etária entre 60 e 64 anos, resultado expressado pelo aumento da expectativa de vida entre os brasileiros.

Estes números apontam para a necessidade dos serviços de saúde se organizarem para dar conta desta demanda que vem aumentando com o passar dos anos e o presente trabalho vai investigar como tem se dado esta organização, através de um questionário encaminhado para os coordenadores de saúde bucal das Secretárias Municipais de Saúde dos municípios pertencentes à DIR XV – Piracicaba.

Tabela 3

Comparativo percentual do total pessoas com mais de 60 anos entre os municípios que compõem a DIR XV nos anos de 1991 e 2003.

Municípios	60 a 64		65 a 69		70 a 74		75 +	
	%1991	%2003	%1991	%2003	%1991	%2003	%1991	%2003
Araras	3,04	3,11	2,17	2,56	1,37	2,01	1,68	2,48
Conchal	2,38	2,70	1,56	2,10	1,07	1,55	1,35	1,86
Leme	2,71	2,82	1,94	2,29	1,31	1,75	1,42	2,08
Limeira	2,74	2,94	1,96	2,36	1,23	1,82	1,48	2,25
Pirassununga	3,29	3,47	2,64	2,83	1,84	2,28	2,27	3,15
Águas de S. Pedro	4,75	5,14	4,16	4,78	3,68	4,31	3,98	6,70
Capivari	2,89	2,81	2,25	2,34	1,47	1,85	2,07	2,47
Charqueada	3,07	3,03	2,10	2,64	1,24	2,00	1,72	2,22
Elias Fausto	2,61	2,63	1,80	2,15	1,41	1,64	1,45	2,08
Mombuca	2,96	3,08	2,85	2,32	1,69	1,74	1,58	2,47
Piracicaba	2,93	3,09	2,14	2,51	1,52	1,98	1,83	2,61
Rafard	3,38	3,07	2,13	2,71	1,45	2,34	1,84	2,99
Rio das Pedras	2,53	2,61	1,82	2,14	1,03	1,70	1,38	1,89
Saltinho	2,96	3,47	2,31	2,56	1,88	1,93	1,69	2,68
Santa M. da Serra	2,55	3,21	2,13	2,57	1,62	1,90	1,52	2,42
São Pedro	3,91	3,44	3,01	2,82	2,18	2,34	2,56	3,22
Analândia	3,26	3,36	1,86	2,78	2,03	2,01	2,23	2,78
Corumbataí	3,49	2,81	2,48	2,46	2,19	2,32	2,76	3,26
Itirapina	3,33	2,90	2,39	2,41	1,63	1,82	2,25	2,42
Rio Claro	3,56	3,26	2,74	2,72	1,93	2,26	2,45	3,17
Total DIR XV	3,00	3,06	2,21	2,50	1,51	1,98	1,83	2,58

Fonte: Fundação SEADE, 2003.

4.3 Coleta dos dados

O questionário foi encaminhado pelo correio aos coordenadores de saúde bucal dos municípios envolvidos, em envelope contendo:

- Ofício explicando o projeto de pesquisa;
- Cópia do parecer do CEP-FOP/UNICAMP;
- Termo de consentimento livre e esclarecido;
- Questionário (Anexo 1);
- Envelope-resposta.

Os municípios que de início não responderam ao questionário, foram contactados através de seus coordenadores de saúde por telefone solicitando o preenchimento e envio dos mesmos.

4.3 Forma de análise

Após o retorno dos envelopes, esses foram numerados e tabulados por um examinador alheio ao estudo. Os dados foram inseridos em uma planilha própria criada no programa Excel for windows para essa finalidade.

A análise teve como objetivo: verificar a existência de programas implantados no município, a lógica da implantação de determinado programa, a observação se a implantação se dá sob o paradigma da promoção de saúde e, a organização do processo de trabalho.

4.4 Análise dos dados

Análise dos dados foi descritiva, devido à natureza do trabalho sendo que para melhor entendimento os dados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos.

5 RESULTADOS

Dentre os 20 municípios que compõem a região da DIR XV de Piracicaba, 19 municípios (95%) responderam ao questionário e apenas 1 (5%), não o enviou de volta para tabulação e análise dos dados.

Dos municípios que responderam, 4 (21,05%) possuem programas de atenção à saúde bucal direcionados à bebês e gestantes; 13 (68,42%) à pré-escolares; 16 (84,21%) à escolares; 12 (63,16%) à adultos; 10 (52,63%) à idosos; 6 (31,58) à pacientes especiais e 2 municípios (10,53%) não possuem programa de atenção à saúde bucal à nenhum grupo específico (Tabela 4).

Tabela 4
Frequência absoluta e relativa de municípios que possuem programas de atenção à saúde bucal para grupos específicos na região da DIR XV – Piracicaba – SP. 2005

Grupos	n*	%
Bebês/gestantes	4	21,05
Pré - escolares	13	68,42
Escolares	16	84,21
Adultos	12	63,16
Idosos	10	52,63
Especiais	6	31,58
nenhum	2	10,53

*Frequência acumulada

Os resultados apontam que a faixa de pré – escolares, escolares e adultos são as mais trabalhadas em programas específicos, seguida pela faixa etária dos idosos.

Quanto ao ano de implantação do programa de saúde bucal, com relação ao grupo específico do idoso 11 municípios (57,89%) não responderam, 4 (21,05%) implantaram após 2000, 1 (5,26%) entre 1996 e 1999, 1 (5,26%) entre 1991 e 1995, 2 (10,53%) entre 1990 e 1990. (Tabela 5). A alta taxa de não resposta (57,89%), pode representar a não implantação do programa.

Tabela 5
Período de implantação do programa de saúde bucal em grupos específicos na região da DIR XV – Piracicaba – SP, 2005.

Grupos	80/90		91/95		96/99		2000		Não respondeu		total	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Bebê/gest.	1	5,26	1	5,26	1	5,26	2	10,53	14	73,68	19	100,0
Pré-escolar	2	10,53	2	10,53	3	15,79	5	26,32	7	36,84	19	100,0
Escolar	4	21,05	2	10,53	5	26,32	4	21,05	4	21,05	19	100,0
Adulto	2	10,53	1	5,26	2	10,53	4	21,05	10	52,63	19	100,0
Idoso	2	10,53	1	5,26	1	5,26	4	21,05	11	57,89	19	100,0
Pac.especial	0	0,00	2	10,53	2	10,53	0	0,00	15	78,95	19	100,0

*Frequência acumulada

Para a implantação dos programas de saúde bucal, a maior parte dos municípios utilizaram os critérios demanda e iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, respectivamente 11 (57,89%) e 12 (63,16%). (Tabela 6).

Tabela 6
Critérios utilizados para a implantação do(s) programa(s) nos municípios da região da DIR XV – Piracicaba – SP, 2005.

Critérios	n*	%
Epidemiológico	6	31,58
Plano municipal	5	26,32
Demanda	11	57,89
Iniciativa Sec. Saúde	12	63,16
Político	1	5,26
Sem critério	1	5,26
Outro	0	0,00

*Frequência acumulada

Dos 19 municípios, enquanto, 16 (84,21%), realizaram levantamentos epidemiológicos para a faixa etária de 12 anos, apenas 5 (26,32%) realizaram o mesmo tipo de estudo para a faixa entre 65 e 74 anos. (Tabela 7).

Ao considerar-se o risco familiar para efeito do planejamento da atenção básica, apenas 1 município (5,26%) utiliza o critério para todos os grupos específicos, 13 (68,42%) não o utilizam e 5 municípios, (26,32%) não souberam responder à questão

Tabela 7
Total e porcentagem de realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal por faixa etária, nos municípios da região da DIR XV – Piracicaba – SP. 2005.

Faixas etárias	n*	%
5	15	78,95
12	16	84,21
15	5	26,32
35-44	3	15,79
65-74	5	26,32
outra	2	10,53

*Frequência acumulada

Quando questionados sobre a divisão segundo o critério de risco individual para efeito do planejamento da atenção básica, apenas 2 municípios (10,53%), o utilizam para a população idosa, destacando-se nesta questão o grande número de municípios que não souberam responder. (Tabela 8).

Tabela 8
Divisão segundo risco individual para efeito do planejamento da atenção básica nos municípios da região da DIR XV – Piracicaba – SP. 2005.

Grupos	sim		não		não soube responder	
	n*	%	n*	%	n*	%
bebe	4	21,05	10	52,63	5	26,32
pré	9	47,37	7	36,84	3	15,79
escolar	9	47,37	7	36,84	3	15,79
adulto	3	15,79	13	68,42	3	15,79
idoso	2	10,53	13	68,42	4	21,05
especial	4	21,05	11	57,89	4	21,05
%	27,20		53,50		19,30	

Em relação à organização do processo de trabalho, referente às ações de atenção à saúde bucal, 11 municípios (57,89%) apresentam o Cirurgião-Dentista sozinho na clínica; em 12 (63,16%), o Cirurgião-Dentista trabalha com ACD; em 2 (10,53%) o Cirurgião-Dentista trabalha sozinho em clínica modular; em 1 (5,26%) o Cirurgião-Dentista trabalha em clínica modular junto ao ACD e em 4 municípios (21,05%) o Cirurgião-Dentista trabalha com clínica transportável. (Tabela 9).

Tabela 9
Organização do processo de trabalho, referente às ações de saúde bucal nos municípios da região da DIR XV – Piracicaba – SP. 2005.

Organização	n*	%
CD sozinho	11	57,89
CD com ACD	12	63,16
CD clínica modular	2	10,53
CD clínica mod com ACD	1	5,26
CD clínica transp	4	21,05

*Frequência acumulada

Quando questionados sobre a organização do processo de trabalho, referente às ações de atenção à saúde bucal, 3 municípios (15,79%) atuam de forma programada e periódica apenas na UBS; 1 município (5,26%), atua apenas na escola; 15 (78,95%) atuam na UBS e na escola; 2 (7,40%) atuam em centros comunitários; 4 (14,81%) atuam em asilos e 2 municípios (7,40%) atuam em outros espaços sociais. (Tabela 10).

Tabela 10
Atuação de forma periódica e programada em relação ao processo de trabalho referente às ações de saúde bucal nos municípios da região da DIR XV – Piracicaba – SP. 2005.

	n*	%
UBS	3	15,79
escola	1	5,26
UBS e escola	15	78,95
centro comunitário	2	7,40
Asilos	4	14,81
Residência	0	0,00
outros espaços sociais	2	7,40

*Frequência acumulada

Quanto a organização do processo de trabalho referente às ações de saúde bucal para a população idosa, 17 municípios (89,47%) atuam de forma periódica e programada na UBS; 4 (21,05%) em asilos e 1(5,26%) em outros espaços. (Tabela 11).

Tabela 11

Atuação de forma periódica e programada em relação ao processo de trabalho referente às ações de saúde bucal para a população idosa nos municípios da região da DIR XV – Piracicaba – SP. 2005.

Questão10	n	%
UBS	17	89,47
Centro comunitário	0	0,00
Asilo	4	21,05
Residência	0	0,00
Outro	1	5,26

6 DISCUSSÃO

A porcentagem de municípios que indicaram a existência de programas de saúde bucal para grupos específicos (89,47%) em comparação aos municípios que indicaram a inexistência destes programas (10,53%) demonstrou que a maioria das secretarias municipais envolvidas na pesquisa, desenvolve algum tipo de abordagem a grupos específicos, porém, em relação ao grupo etário dos idosos, um pouco mais da metade dos municípios (52,63%) desenvolvem alguma ação, evidenciando a negligência da atenção à saúde do idoso como descrito por Mello & Padilha, 2001. O modelo assistencial que privilegia a criança e o adolescente e estende a atenção aos adultos restrita a alguns casos de urgência ou gestantes, não fica evidenciada pela metodologia aplicada, porém pode estar representado pela porcentagem de municípios acima de 84% que desenvolvem programas voltados a pré-escolares e mais de 68% que desenvolvem programas voltados a escolares.

Os serviços deveriam oferecer o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumir a responsabilidade por todos os problemas de saúde de sua população.

Dentre os municípios que responderam à questão 2 que perguntava sobre ano de implantação dos programas à grupos específicos, 26,31% dos municípios assinalaram que no caso de idosos, o ano de implantação se deu após o ano 1996, quando já se encontrava em vigor a constituição de 1988 e a Lei 8842/94 de 04 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto-Lei 1948/96, que definiu a Política Nacional do Idoso e estabeleceu os seus direitos sociais dentre os quais destaca-se a garantia do idoso à inserção integral à saúde.

O critério para a implantação destes programas, seguiu em sua maioria (63,16%), a iniciativa das secretarias municipais de saúde seguida pela demanda (57,89%), fugindo em sua maioria à lógica epidemiológica para o planejamento destas ações. A universalidade do acesso quando enunciada na constituição federal pode ter influenciado na

tomada de decisão política das secretarias municipais, além da pressão causada pela demanda de adultos e idosos que sofriam com o sistema de saúde excludente em suas faixas etárias.

A ausência do uso de critérios epidemiológicos ficou evidente tanto na implantação dos programas quanto no planejamento local onde, apenas pouco mais de 26% dos municípios realizavam dentro do planejamento de suas ações, levantamentos epidemiológicos nas idades entre 65 e 74 anos, enquanto mais de 80% realizavam levantamentos epidemiológicos para a faixa de 12 anos. A não realização destes estudos precedendo o planejamento envolvendo um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde, dificulta o desenvolvimento das ações locais e pode não alcançar os objetivos e metas descritos no plano municipal de saúde.

Quando questionados sobre o uso de critérios de risco para efeito do planejamento das ações da atenção básica, os resultados mostraram que apenas um município utilizou critérios de risco familiar no seu planejamento. O risco familiar, bastante trabalhado nas unidades de saúde do Programa de Saúde da Família, têm demonstrado que a avaliação dos fatores a que a família, núcleo social mais primário, está exposta, assim como o risco individual para doenças bucais pode ser instrumento de organização dos serviços de saúde.

Quando levado em conta o risco individual, houve por parte dos municípios um maior uso deste critério para o planejamento de suas ações de atenção básica, porém os números novamente mostraram que a faixas etárias onde estão incluídos os escolares e pré-escolares tiveram uma maior participação na adoção destes critérios em relação à idosos, adultos, pacientes especiais e bebês.

Com relação à organização do processo de trabalho, 11 municípios, ou 57,89% dos pesquisados apresentaram o Cirurgião-Dentista trabalhando sozinho em consultório tradicional e 12 municípios ou 63,16% apresentaram o Cirurgião-Dentista trabalhando com ACD em consultório tradicional. Os municípios que adotaram as clínicas modulares em seu processo de trabalho ficaram restritos a 10,53% com o Cirurgião-Dentista sozinho e 5,26% com o Cirurgião-Dentista auxiliado por um ACD.

As ações de saúde bucal dentro do processo de trabalho, se restrita à clínica odontológica, fica limitada a procedimentos essencialmente curativos e algumas ações isoladas de educação. O uso de outros espaços existentes na comunidade para ações planejadas de educação, promoção e assistência, amplia a cobertura da atenção à saúde bucal. Os serviços de saúde bucal devem estar preparados para desenvolver ações coletivas e prestar assistência individual, essas atividades apresentam maior produtividade e melhor qualidade se realizadas com a participação de uma equipe de saúde bucal. Assim, a presença de profissionais auxiliares ou técnicos na equipe melhora a qualidade e a cobertura dos serviços prestados.

Os municípios envolvidos na pesquisa foram questionados quanto às ações de atenção à saúde bucal de forma programada e periódica nos diversos espaços sociais, inclusive a Unidade Básica de Saúde. 79,95% dos municípios tinham suas ações concentradas em escolas e na UBS; 15,79% apenas na UBS e 14,81% dos municípios apenas em asilos.

Com relação à população idosa, apenas 4 dos 19 municípios atuam de forma programada e periódica em asilos, os outros municípios concentram sua ações na UBS ou em outro local, dificultando assim o acesso de alguns idosos aos serviços de saúde devido principalmente à dependência relacionada à dificuldade de locomoção, falhando assim, na efetivação dos direitos de cidadania, entre os quais a saúde, por meio de políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços, assegurados pela Constituição Federal da República (1988).

Cabe às Secretarias Municipais envolvidas na pesquisa, a análise das ações das equipes de saúde bucal e sua reorganização se necessário, tanto do planejamento quanto do processo de trabalho, para que os idosos tenham acesso à todas as ações de saúde bucal e que no futuro, o serviço absorva as necessidades que tendem a crescer devido ao aumento da expectativa de vida da população brasileira.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho objetivou analisar e discutir as políticas públicas implantadas na área odontológica, em relação à população idosa, nos municípios da região da DIR – XV/Piracicaba/SP.

A análise dos dados obtidos através do questionário enviado aos municípios participantes da pesquisa, nos permite concluir que se faz necessária a adoção por parte dos municípios, de critérios de risco familiar e individual para a faixa etária dos idosos no planejamento da atenção básica. O serviço deve se organizar no desenvolvimento do processo de trabalho para que a clínica aumente a sua capacidade resolutiva e a educação em saúde bucal seja melhor trabalhada, devendo as ações de saúde com os idosos não ficar restrita apenas à Unidade Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS*

1. AJWANI, S. et al. Peridontal health status and treatment needs among the elderly. *Spec. Care Dentist*; v.21; n.3; p.:98-103; 2001.
2. ALBUQUERQUE, A. J. O espectro da odontologia geriátrica: ensino. *R.G.O.*, v.30, p. 276-277, 1982.
3. ALEKSEJUNIENE, J.; HOLST, D.; ERIKSEN, H.M. Patterns of dental caries and treatment experience in elderly Lithuanians. *Gerodontology*. v.17; n.2; p.:77-86;2000.
4. ALVAREZ–ARENAL, A., ALVAREZ-RIESGO, J.A., PENA-LOPEZ, J.M., FERNANDEZ-VAZQUEZ, J. P., VILLA VIGIL, M. A. DMFT and treatment needs in adult population of Oviedo, Spain. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 24, n.1, p.17-20, 1996.
5. BAELUM, V. FEJERSKOV, O., MANJI, F., WANZALA, P. Influence of CPITN partial recordings on estimates of prevalence and severity of various periodontal conditions in adults. *Comumunity Dent Oral Epidemiol.*, v.21, n.6, p. 354-9, 1993.
6. BAELUM, V. MANJI, F., WANZALA, P. , FEJERSKOV, O. Relationship between CPITN and periodontal attachment loss findings in an adult population. *J. Clin. Periodontol.*, v.22, n.2, p. 146-52, 1995.
7. BAELUM, V., PAPAPANOU, P.N. CPITN and the epidemiology of periodontal disease. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v. 24, n. 6, p.367-8, 1996.
8. BAILIT, H.L., BRAUN, R., MARYNIUK, G. A, CAMP, P. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 114, n.1, p.40-5, 1987.
9. BASTOS, J.R.M.; LOPES, E.S.; RAMIRES, I. *Manual de Odontologia Preventiva e Social*. Bauru,4^o. Ed., p.:284, 2001.
10. BASTOS, J.R.M.; PERES, S.H.C.S.; RAMIRES, I. *Educação para a saúde*. IN:Pereira, A.C. e col. Planejando ações e promovendo saúde. ARTMED. Cap:6; p.:117-139; 2003.

11. BECK J. D., DRAKE C. W. Do root lesions tend to develop in the same people who develop coronal lesions? *J.Public Health Dent.*, v.57, n. 2, p.82-8, 1997.
12. BECK, J. D., HUNT, R. J., HAND, J.S., FIELD, H. M. Prevalence of root and coronal caries in a noninstitutionalized older population. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 111, n. 6, p. 964-7, 1985.
13. BECK, J. D.; et al. Root caries: physical, medical and psychosocial correlates in an edarly population. *Gerodontics*, v. 03, p. 242-247, 1986.
14. BEIGHTON, D., HELLYER, P.H., LYNCH, E.J., HEATH, M.R. Salivary levels of mutans streptococci, lactobacilli, yeasts, and root caries prevalence in non-institutionalized elderly dental patients. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.19, n.5, p. 302-7, 1991.
15. BIBB, C. A., ATCHISON, K. A. , PULLINGER, A. G. , BITTAR, G. T. Jaw function status in an elderly community sample. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.23, n. 5, p. 303-8, 1995.
16. BOURGEOUIS et al., 1996. IN:RONCALLI, A.G. A Conjuntura atual do Sistema Único de Saúde e o desafio dos modelos assistenciais universais, Araçatuba: UNESP, 2000. Adaptação do capítulo 2 da tese de Doutorado do autor, intitulada “A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva”.
17. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico de saúde bucal. Brasil zona urbana, 1986*. Brasília: Centro de Documentação/MS, 1988.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico de saúde bucal. 1996*. Brasília: Centro de Documentação/MS, 1996.
20. BRASIL. *Política Nacional de Saúde do Idoso*. Portaria do MS:1.395;1999.
21. BROWN, L. J. , SWANGO, P. A. Trends in caries experience in US employed adults from 1971-74 to 1985: cross-sectional comparisons. *Adv. Dent. Res.*, v.7, n. 1, p. 52-60, 1993.

22. BROWN, L. J. BRUNELLE, J. A., KINGMAN, A. Periodontal status in the United States, 1988-1991: prevalence, extent and demographic variation. *J. Dent. Res.* , v.75, sp., p. 672-83, 1996.
23. BROWN, L. J., OLIVER, R.C., LOE, H. Evaluating periodontal status of US employed adults *J. Am. Dent. Assoc.* , v.121, n. 2, p.226-32, 1990.
24. BUDTZ-JÖRGENSEN, E., MOJON, P.,RENTSCH, A., ROEHRICH, N., VON DER MUEHLL, D., BAEHNI, P. Caries prevalence and associated predisposing conditions in recently hospitalized elderly persons. *Acta Odontol. Scand.*, v.54, n.4, p. 251-6, 1996.
25. BURT, B. A., ISMAIL, A. I., EKLUND, S.A. Root caries in an optimally fluoridated and high-fluoride community. *J. Dent. Res.*, v.65, n.9, p.1154-8, 1986.
26. BURT, B.A. Epidemiology of dental diseases in the elderly *Clin. Geriatr. Med.* v.8, n.3, p.447-59, 1992
27. CAUTLEY, A. J. , RODDA, J. C., TREASURE, E.T. , SPEARS, G.F. The oral health and attitudes to dental treatment of a dentate elderly population in Mosgiel, Dunedin. *N. Z. Dent. J.* , v. 88, n.394, p.138-43, 1992.
28. COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v.18; n.5; p.:1313-20; 2002.
29. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final da 8º Conferência Nacional de Saúde.* In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério de Saúde, 1987.p 381-9.
30. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO) Resolução CFO 25/2002, Diário Oficial da União, seção I, p. 148-149, 28/05/2002. CFO
31. COSTA, N.E. Políticas de assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa no Brasil. IN: FREITAS et al., *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Ed.: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, cap.:132, p.:1077-1082, 2002.
32. CHAGAS, I.J., NASCIMENTO, A., SILVEIRA, M.M. Atenção odontológica a idosos na OMC: Uma análise epidemiológica. *Rev. Bras. de Odontol.*, v.:57, p.:332-35, 2000.

33. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.2, download article in PDF em 27/02/03, 28p., 1997.
34. CHAVES M.M. IN: FRANKS A.S.T., BJORN H. *Odontologia Geriátrica*. Ed. Labor do Brasil, 1977. p.228, Prefácio.
35. CHAVES, M. M. *Odontologia Social*. 2.ed. Rio de Janeiro: Labor, 1977. p. 21-98.
36. CHEN, X.; CHEN, S.; CHEN, R. A survey of oral health status of elderly individuals in Ghengdu of China. *Hau Xi Kou Qiang Yi Za Zhi*; v.19; n.2; p.:122-4; 2001. ABSTRACT [Article in Chinese].
37. DE BONT, L.G., DIJKGRAAF, L.C., STEGENGA, B. Epidemiology and natural progression of articular temporomandibular disorders. *Oral Surg. Oral Med Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v.83, n.1, p.72-6, 1997.
38. DECRETO-LEI Nº 1948 de 03 de julho de 1996, que regulamenta a Lei 8842/94, cria o Conselho Nacional do Idoso e toma outras providências.
39. DRAKE, C.W., HUNT, R. J., KOCH, G.G. Three year tooth loss among black and white older adults in North Caroline. *J. Dent. Res.*, v.74, n. 2, p.675-80, 1995.
40. DUFOO, S., MAUPOME, G. , DIE-DE-BONILLA, J., HERNANDEZ-GERRERO, J.C. Caries experience in a selected patient population in México City. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v. 24, n.4, p.298-9, 1996.
41. ELLEN, R.P., BANTING, D.W., FILLERY, E.D. Streptococcus mutans and Lactobacillus detection in the assessment of dental root surface caries risk. *J. Dent. Res.*, v.64, n.10, p.1245-9, 1985.
42. FARIA, M.M. O idoso na legislação brasileira. IN: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. Ed.: Atheneu, São Paulo, cap.:7, p.:77-81, 1996.
43. FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE. *FDI Comission on oral health. Research an epidemiology working Group 5 : oral needs of the elderly*. FDI, 1987.

44. FEJERSKOV, O., LUAN W.M., NYVAD, B., BUDTZ- JORGENSEN, E., HOLM-PEDERSEN, P. Active and inactive root surface caries lesions in a selected group of 60 to 80-year-old Danes. *Caries Res.*, v.25, n.5, p.385-91, 1991.
45. FEJERSKOV, O.; et al. Root surface caries in a population of edlerly Danes. *J. Dent Res*, v. 64, p. 187, 1985.
46. FERNANDES, F.S. A vevice e a justiça. IN: FREITAS et al., *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Ed.: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, cap.:131, p.:1069-1076, 2002.
47. FERNANDES, R.A.C. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. *Rev. Brasil. de Odontol.*, v.54; p.:107-110; 1997.
48. FRANKS A.S.T., BJORN H. *Odontologia Geriátrica*. Ed. Labor do Brasil, 1977. p.228.
49. FRAZÃO, P. *Epidemiologia em Saúde Bucal In: PEREIRA, A. C. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Ed. Artmed, Curitiba, cap. 4, 2003.
50. FURE S., ZICKERT, I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60,70 e 80 year-old Swedish individuals. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.25, n. 2, p.137-42, 1997.
51. FURE, S., ZICKERT, I. Root surface caries and associated factors. *Scand. J. Dent Res.*, v. 98, n.5, p.391-400, 1990.
52. GALAN, D., BRECX, M., HEATH, M.R. Oral health status of a population of community-dwelling older Canadians. *Gerodontology*, v.12, n.1, p.41-8, 1995.
53. GARCIA, R.C. *Descentralização: um processo a ser acompanhado e avaliado* (ou do finja que eu finjo ou faça que nós vemos). Brasília: IPEA; jan.1995.17p. (texto para discussão, 364).
54. GILBERT, G. H., ANTONSON, D.E., MJOR, I. A., RINGELBERG, M.L., DOLAN, T. A., FOERSTER, U., LEGLER, D.W., HEFT, M.W., DUNCAN, R.P. Coronal caries, root fragments, and restoration and cusp fractures in US adults. *Caries Res.* , v.30, n. 2, p.101-11, 1996.

55. GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; DOLAN, T.A.;FORESTER, U. Twenty-four month incidence of root caries among a diverse group of adults. *Caries Res.*; v.35; n.5; p.:366-75; 2001.
56. HAND, J.S., HUNT, R.J., BECK, J.D. Incidence of coronal and root caries in an older adult population. *J. Publ. Health Dent.*, v. 48, n.1, p.14-9, 1988.
57. HASKIN, C.L., MILAN, S.B., CAMERON, I.L. Pathogenesis of degenerative joint disease in the human temporomandibular joint. *Crit. Rev. Oral Biol. Med.*, v. 6, n.3, p.248-77, 1995.
58. HEBLING, E. *Prevenção em Odontogeriatrics*. In: PEREIRA, A. C. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Ed. Artmed, Curitiba, 440 p., 2003.
59. HEBLING, E. Odontogeriatrics: perspectivas de uma nova especialidade na Odontologia. Tese de Livre – Docência. FOP-UNICAMP. 131p.; 2003.
60. HIIDENKARI, T., PARVINEN., T., HELENIUS, H. Missing teeth and lost teeth of adults aged 30 years and over in south - western Finland. *Community Dent. Health.*, v.13, n.4, p.215-22, 1996.
61. HUNT, R.J., ELDREDGE, J.B., BECK, J.D. Effect of residence in a fluoridated community on the incidence of coronal and root caries in an older adult population. *J Public Health Dent.*, v.49, n.3, p. 138-41, 1989.
62. IKEBE, K.; NOKUBI, T.; ETTINGER, R.L. Utilization of dental health services by community-dwelling older in Japan who attended a weekly educational programme. *Gerodontology*; v.19; n.2; p.:115-22; 2002.
63. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Anuário estatístico do Brasil* : 1987. Rio de Janeiro.
64. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Anuário estatístico do Brasil* : 2003. capturado na www.ibge.gov.br em 27/01/2003.
65. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo brasileiro 2000*, Resultados preliminares. Rio de Janeiro, 2000.
66. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeções preliminares 1980-2020*, Março 1995.

67. JESUS, D.E. *Código Penal Anotado*. 2ª. edição, artigo 115, 1991
68. JITOMIRSKI, F.; JITOMIRSKI, S. *O que os cuidadores de idosos precisam saber sobre a saúde bucal*; s.n.; 16 p.; 1997. MIMEO
69. JOSHI, A., DOUGLASS, C.W., FELDMAN, H. MITCHELL, P., JETTE, A. Consequences of success: do more teeth translate into more disease and utilization? *J. Public Health Dent.*, v.56, n.4, p.190-7,1996.
70. KALACHE, A., VERAS, R.P., RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*, v. 21, n.3, p.200-10, 1987.
71. KAMEN, S. Basics of geriatric dentistry: for medical and dental students and practitioners. Iowa City Douglas Forgerty & Assoc., 1981
72. KATZ, R.V. Assessing root caries in populations: the evolution of the root caries index. *J. Public Health Dent.*, v.40, n.1, p.7-16, 1980.
73. KATZ, R.V. Clinical signs of roots caries: measurement issues from an epidemiologic perspective. *J. Dent. Res.*, v.69, n.5, p.1211-5, 1990.
74. KELTJENS, H., SCHAEKEN, T., VAN DER HOEVEN, H. Preventive aspects of root caries. *Int. Den. J.* , v.43, n.2, p.143-8, 1993.
75. KELTJENS, H.M., SCHAEKEN, M.J.M., VAN DER HOEVEN, J.S. HENDRIKS, J.C. Microflora of plaque from sound and carious root surfaces. *Caries Res.* , v.21, n.6, p.561, 1987.
76. KINA, S., CONRADO, C.A., BRENER, A.J., KURIHARA, E. O ensino da estomatogeriatría no Brasil: a experiência de Maringá. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, v.10, n.1, p.69-73, 1996.
77. KONIG, K.G. Root lesions. *Int. Den. J.* , v.40, n.5, p. 283-8, 1990.
78. LAWRENCE, H.P., HUNT, R.J., BECK, J.D., DAVIES, G.M. Five years incidence rates and intra oral distribution on root caries among community-dwelling older adults. *Caries Res.*, v.30, n. 3, p.169-79, 1996.
79. Le RESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit. Rev. Oral Biol. Med.*, v.8, n.3, p.291-305, 1997.

80. LEAKE, J.L., LOCKER, D., PRICE, S. A., SCHABAS, R.E., CHAO, I. Results of the socio-dental survey of people aged 50 and older living in East York, Ontario. *Can. J. Public. Health*, v.81, n.2, p.120-4, 1990.
81. LEI N^o 8842/94 de 04 de Janeiro de 1994. *Define a Política Nacional do Idoso*.
82. LEIS de *Execuções Penais*, artigo 117.
83. LEI de *Execução Penal* – número 7210, de 11/07/84, artigo 117
84. LEITE F., LIMA, B. Higiene preserva dentes até a velhice. *Folha de S. Paulo*, Cotidiano, 15/12/2002.
85. LESKE, G.S., RIPA, L.W. Three-year root caries increments: an analysis of teeth and surfaces at risk. *Gerodontology*, v.8, n.1, p.17-21, 1989.
86. LINDHE, J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 3^a Ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 720 p., 1997.
87. LOCKER, D., LEAKE J.L. Risk indicators and risk markers for periodontal disease experience in older adults living independently in Ontario, Canada. *J. Dent. Res.*, v.72, n.1, p.9-17, 1993.
88. LOCKER, D., SLADE, G.D., LEAKE, J.L. Prevalence of and factors associated with root decay in older adults in Canada. *J. Dent. Res.*, v.68, n.5, p. 768-72, 1989.
89. LOH, T., OW, R. K., NEO, J., KHOO, J., LIM, L.P. Tooth loss and coronal caries of elderly residents in Singapore. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.24, n. 4, p. 300-1, 1996.
90. LUNDGREN, M., OSTERBERG, T., EMILSON, G., STEEN, B. Oral complaints and utilization of dental services in relation to general health factors in a 88 year old Swedish population. *Gerodontology*, v.12, n.12, p.81-8, 1995.
91. LUSSI, A., SCHAFFNER, M., HOTZ, P., SUTER, P. Dental erosion in a population of Swiss adults. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.19, n.5, p.286-90, 1991.
92. MADEIRA, A. A.; CAETANO, M.; MINATTI, E. J. Odontogeriatrics: uma necessidade curricular. *Rev. bras. Odontol.*, v.44, p. 6-12, 1987.

93. MANFREDINI, M.A. *Planejamento em saúde bucal* IN: PEREIRA et al., Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde, ARTMED, cap.3, p.:50-63, 2003.
94. MANJI, F. SHEIHAM, A. CPITN findings and the manpower implications of periodontal treatment needs for Kenyan children. *Community Dent Health*, v.3, n.2, p.143-51, 1986.
95. MANN, J., MERSEL, A., ERNEST, M., LABIV, M. Dental behavioral aspects of a non - institutionalized elderly population. *Gerodontology* v.9, n.3, p.83-7, 1990
96. MATOS, D.L., COSTA, M.F.L., GUERRA, H.L., MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.2, p.:237-43, 2002.
97. McDERMOTT, R.E., HOOVER, J.N., KOMIYAMA, K. Root surface caries prevalence and associated factors among adult patients in na acute care hospital. *J. Can. Dent. Assoc.*, v.57, n.6, p.505-8, 1991.
98. McFARLANE, T.V. et al. Oro facial pain in community: prevalence and associated impact. *Community Dent. Oral Epidemiol.*; v.30; n.1; p.:52-60; 2002.
99. McGRATH, C.; BEDI, R. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure. *Br. Dent. J.*, v.193; n.9; p.:521-4; 2002.
100. McMILLAN, A.S.; WONG, M.C.; LO, E.C.; ALLEN, P.F. The impact of oral disease among the institucionalizes and non-institucionalized elderly in Hong Kong. *J. Oral Rehabil.*; v.30; n.1; p.:46-54; 2003.
101. MELLO, A.L.S.F., PADILHA, D.M.P. Instituições geriátricas e negligência odontológica. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*. v.:41, n.1, p.:44-8, 2000.
102. MELLO, A.L.S.F.; PADILHA, D.M.P. Instituições geriátricas e negligência odontológica. *Rev. Fac. Odontol. de Porto Alegre*, v.42; n.2; p.:12-9; 2001.
103. MENEGHIM, M.C. et al., Fluoretação da água de abastecimento público em Piracicaba/SP:30 anos de avaliação. Submetido para avaliação na *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*, n.:03/0006, 2003.

104. MILLER, N.A., BENAMGHAR, L., ROLAND, E, PENAUD, J. An analysis of the CPITN. Studies on adults in France. Partial examination versus fullmouth examinations. *Community Dent Health*, v.7, n. 3, p. 249-53, 1990.
105. MISCH, C. E. *Implantes Dentários Contemporâneos*. 2^a Ed., Ed. Santos, São Paulo, p. 3-11, 2000.
106. MOIMAZ, S.A.S., SALIBA, C.A., BIAZOLA, E.R., SALIBA, N.A. Hábitos e prevalência de lesões em um programa de prevenção de câncer bucal. SBPqO, 1998.
107. MOJON P., CHUNG, J.P., FAVRE, P., BUDTZ-JORGENSEN, E. Examiner agreement on periodontal indices during dental surveys of elders. *J. Clin. Periodontol.*, v.23, n.1, p. 56-9, 1996.
108. MONTENEGRO, F. L. B.; BRUNETTI, R. F. Prótese dentária na terceira idade. *In: SEQUEIRA, E. Anais do I Encontro Interdisciplinar de Odontologia em Gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Casa do Novo Autor, p.70-77, 1999.
109. MORRIS, A.J.; STEELE, J.; WHITE, D.A. The oral cleanliness and periodontal health at UK adults in 1998. *Br. Dent. J.* v.191; n.4; p.:186-92; 2001.
110. MOYSÉS, S.J. *O conceito da promoção da saúde na construção de sistemas em atenção de saúde bucal coletiva*. IN: KRIGER, L. *Promoção de saúde bucal*, Artes Médicas, 1997.
111. NADANOVSKY, P. *O declínio da cárie*. IN: *Saúde bucal coletiva*. PINTO, V.G. Editora:Santos. 4^a. Ed., cap.12, p.:341-51, 2000.
112. OKAWA, Y., SUGIHARA, N., MAKI, Y., IKEDA, Y., TAKAESU, Y. Prevalence of root caries in a Japanese adult population aged 20-59 years. *Bull, Tokyo Dent. Coll.*, v.34, n.3, p.107-13, 1993.
113. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal, manual de Instruções*. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999, 66p.
114. PADILHA, D. M. P. et al. Odontogeriatrics na universidade: para não perder tempo. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 39, n. 01, p. 14-16, 1998.

115. PAIM, J.S., ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, v.32, n.4, p.:299-16, 1998.
116. PAPALÉO NETO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Ed. Atheneu, p. 03-13, 1996.
117. PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 02-12, 2002.
118. PAPAPANOU, P.N. Periodontal diseases : epidemiology. *Ann Periodontol* v.1, n.1, p.1-36, 1996.
119. PASCHOAL S.,M.P. Epidemiologia do envelhecimento.IN: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. Ed. Atheneu, Parte 1, cap.3, p.:26-43, 1996.
120. PATUSSI, M.P. et al. 2001. IN:MANFREDINI, M.A. Planejamento em saúde bucal IN:PEREIRA et al., *Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde*, ARTMED, cap.3, p.:50-63, 2003.
121. PEREIRA, A. C. et al. *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde*. São Paulo: Ed. Artmed, 440 p., 2003.
122. PEREIRA, A.C., MENEGHIM, M.C., BISCARO, S.L., MOREIRA B. H.W. Condições bucais de escolares de 7 a 12 anos de idade, após 20 anos de fluoretação das águas de abastecimento público de Piracicaba. *Rev. Paul. Odontol.*, v. 17; n. 3; p:30-6; 1995.
123. PEREIRA, A.C., QUELUZ, D.P., MENEGHIM, M.C. CASTELLANOS, R. A . SILVA, S.R.C., WATANABE, M.C.G. Condições periodontais em idosos usuários do centro de saúde “Geraldo de Paula Sousa”, São Paulo, Brasil. *Rev. Fac. Odontol. Lins*, v.9, n.1,p. 20-5, 1996.
124. PINTO, V.G. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. São Paulo; Ed. Santos, 1989, 415p.
125. PINTO, V.G. *A odontologia no município*. RGO, p.252, 1996.

126. PUCCA Jr., G.A. *A saúde bucal do idoso. Aspectos demográficos e epidemiológicos.* <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?dcenter.com.Odontologia.Artigo> publicado em 01/04/2002. capturado em 27/02/2003; 2002.
127. RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, v.01, n.01, p.3-8, 1993.
128. RONCALLI, A.G. A Conjuntura atual do Sistema Único de Saúde e o desafio dos modelos assistenciais universais, Araçatuba: UNESP, 2000. Adaptação do capítulo 2 da tese de Doutorado do autor, intitulada “*A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva*”.
129. ROSA, A.G., FERNANDEZ, R.A. C., PINTO, V.G., RAMOS, L.R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, v. 263, n. 3, p. 155-60, 1992.
130. ROSA, A.G.F., REDE CEDROS. *O que fazer nos municípios.* GT Saúde Bucal em Cadernos de Saúde Pública. 17p., 1992.
131. ROSA, A.G.F.; CASTELLANOS, R.A.F.; PINTO, V.G. Saúde bucal na terceira idade. *R.G.O.*, v.41; n.2; p.:97-102; 1993.
132. SALIBA N.A. et al. Redução na prevalência da cárie dentária, após dez anos de fluoretação da água de abastecimento público, no município de Birigui, SP, Brasil *Rev. Fac. Odontol. de Lins.*, v.8, n.2, p. 41-45, 1995.
133. SALIBA, C. A.; et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, v. 53, n. 04, p. 279-282, 1999.
134. SALIBA, C.A.; SALIBA, N.A.; MARCELINO, G.; MOMIAZ, S.A.S. Auto-avaliação de saúde na terceira idade. *R.G.O.*, v.47; n.3; p.:127-30; 1999.
135. SÃO PAULO. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998*: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO: Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde. mimeo, 1999.
136. SAUNDERS, R.H., HANDELMAN, S.L. Effects of hyposalivatory medications on saliva flow rates and dental caries in adults aged 65 and older. *Spec. Care Dentist.* , v.12, n.3, p.116-21, 1992.

137. SCHAFFNER, M., SUTER, P., HOTZ, P. LOSSI, A. Epidemiology of dental erosion and tooth brush abrasion. *J. Dent. Res.* v.67, spec.iss., p.388, 1988 (Abstract 2205).
138. SCHWARZ E., LO, E.C., CORBET, E.F., HOLMGREN, C.J., LIM, L.P., The Hong Kong adult oral health survey - 1991: background, study population, and methods. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 22, n.5, p.351-7, 1994.
139. SHAY, K. Dental management considerations for institutionalized geriatric patients. *J Prosthet Dent*, v. 72, p. 510-516, 1994.
140. SHINKAI, R. S. A.; CURY, A. A. D. B. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad. Saúde Pub. Rio Jan*, v.16, n. 04, p. 1099-1109, 2000.
141. SHINKAI, R.S.A.; CURY, A.A.D.B.;SAYEG, M.A.;SOUZA LEÃO, S. Abordagem interdisciplinar na formação do cirurgião-dentista para a atenção integral à saúde do idoso. *Rev. Odont. Ciência*, v.15; n.30; p.:85-95; 2000.
142. SILVA, N.S., PEDROSO, G.C., PUCCINI, R.F., FURLANI, W.J. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev. Saúde Pública*, v.34, n.1, p.:44-9, 2000.
143. SILVA, S.R.C. *Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos ou mais de idade*. Tese de Doutorado. Fac. de Saúde Pública. USP. São Paulo, 116 p.; 1999.
144. SIMARD, P. L., BRODEUR, J.M., KANDELMAN, D., LEPAGE, Y. Oral health status and needs of the elderly in Quebec. *J. Can.. Dent. Assoc.*, v.51, n.1, p.43-6, 1985.
145. SLADE, G.D., SPENCER, A. J. Periodontal attachment loss among adults aged 60+ in South Australia. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.23, n.4, p.237-42, 1995.
146. SOARES, M. C.; VIEIRA, V.; FORNI, T. I. B.; JUNQUEIRA, S. R. Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo/2002: síntese dos principais resultados. www.saude.sp.gov.br, 25 de Janeiro de 2003.

147. SOUZA, V.M.S.; PAGANI, C.; JORGE, A.L.C. Odontogeriatrics: sugestão de um programa de prevenção. *Pós-Grad. Rev. Fac. Odontol. S. J. dos Campos*, v.4; n.1; p.:56-62;2001
148. STAMM, J.W., BANTING, D.W., IMREY, P.B. Adult root caries survey of two similar communities with contrasting natural water fluoride levels. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.120, n.2, p.143-9, 1990.
149. STEELE, J. G., AYATOLLAHI, S.M., WALLS, A. W., MURRAY, J.J. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.25, n.2, p.143-9, 1997.
150. STEELE, J.G.; WALLS, A.W.; AYATOLLAHI, S.M.; MURRAY, J.J. Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. *Br.Dental J.*; v.180; n.1; p.:17-23; 1996.
151. STRAYER, M.S. A description of dental public health programs for the elderly. *J. Public Health Dent.*; v.53; n.2; p.:83-7; 1993.
152. TAKALA, L., UTRIAINEN, P., ALANEN, P. Incidence of edentulousness, reasons for full clearance, and health status of teeth before extractions in rural Finland. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v.22, n.4, p.254-7, 1994.
153. TELAROLLI Jr, R.; MACHADO, J.C.M.S.; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.30; n.5; download SCIELO em 27/02/2003, 1996.
154. THOMSON, W.M. SLADE, G.D. SPENCER, A. J. Dental caries experience and use of prescription medications among people aged 60+ in south Australia. *Gerodontology*, v. 12, n.12, p.104-10, 1995.
155. TOUT, K. *Ageing in developing countries*. Oxford: Oxford University Press for Helpage International, 1989, 334 p.
156. TRUIN, G. J., BURGERSDIJK, R.C.W., GROENEVELD, A. *et al. Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. II. Resultaten Klinisch Onderzoek*. Nijmegen/ Leiden: KUN, 1988 [Abstract].

157. TZAKIS, M.G., OSTERBERG, T., CARLSSON, G.E. A study of some masticator functions in 90 year old subjects. *Gerodontology*, v.11, n.1, p. 25-9, 1994.
158. VEHKALAHTI, M.M. Relationship between root caries and coronal decay. *J.Dent. Res.*, v.66, n.10, p.1608-10, 1987.
159. VERAS, R. P. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará/UnAti/UERJ, 190 p., 1996.
160. VRBIC, V. Oral health in Slovenia. 1987-1993. *Community Dent. Oral Epidemiol*, v.24, n.5, p.364-6, 1996.
161. VUCICEVIC-BORAS, V.; BONJAK, A.; ALAJBEG, I.; CEKIC-ARAMBASIN A., TOPIC, B. Dental health of elderly in retirement homes of two cities in south Croatia. A cross-sectional study. *Eur. J. Med. Res.*; v.7; n.12; p.:550-4; 2002.
162. WALLACE, M.C., RETIEF, D.H., BRADLEY, E.L. The 48 month increment of root caries in an urban population of older adults participating in a preventive dental program. *J. Public. Health Dent.*, v.53, n.3, p.133-7, 1993.
163. WALLS, A. W. G. Prevention in the ageing dentition. In: MURRAY, J. J. *Prevention of Oral Disease*. 3^a Ed., Oxford, Oxford University Press, 13 p., 1996.
164. WATANABE, M.C.G. *Experiência de cárie de superfície radicular em adultos atendidos na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP. 1993-1994*. Dissertação de mestrado. Fac. Saúde Pública da USP, 68p.
165. WERNER, C.W.; SAUDERS, M.J.; PAUNOVICH, E.; YEH, C.K. Odontologia geriátrica. *Rev. da Fac. de Odontol. de Lins*, v.11; n.1; p.:62-70; 1998.
166. WYATT, C.C. Elderly Canadians residing in long-term care hospitals:Part II. Dental caries status. *J. Can. Dent. Assoc.*; v.68; n.6; p.:359-63; 2002.

ANEXOS

Anexo 1

Questionário enviado aos coordenadores de saúde bucal. Os critérios de avaliação foram baseados em Rede Cedros, 1992; Pinto, 1996; Bastos & Lopes, 2001; Manfredini, 2003.

Questionário

Município n.: _____ .

01. O município possui programas de atenção à saúde bucal para qual(is) grupos(s):

Bebês / gestantes	Idosos
Pré-escolares	Pacientes especiais
Escolares	Não atende nenhum grupo de forma específica
Adultos	

02. Quando foi implantado o programa (data):

Bebês / gestantes – _____	Adultos – _____
Pré-escolares – _____	Idosos – _____
Escolares – _____	Pacientes especiais – _____

03. Para a implantação do(s) programa(s) qual(is) critério(s) foi(ram) seguido(s):

Epidemiológico	Iniciativa da secretaria de saúde
Plano Municipal de Saúde	Outro: _____
Demanda	

04. O município realiza levantamentos epidemiológicos em relação à saúde bucal () não – () sim. Caso afirmativo, para quais faixas etárias:

5 anos	35 – 44 anos
12 anos	65-74 anos
15 anos	outra: _____

05. Na atenção de saúde bucal, segundo as diferentes faixas etárias, os pacientes são divididos segundo o risco familiar para efeito do planejamento da atenção básica:

Bebês/gestantes () sim () não	Escolares () sim () não
Pré-escolares () sim () não	Adultos () sim () não

Idosos () sim () não

Pacientes especiais () sim () não

06. Na atenção de saúde bucal, segundo as diferentes faixas etárias, os pacientes são divididos segundo o risco individual para efeito do planejamento da atenção básica:

Bebês / gestantes () sim () não

Pré-escolares () sim () não

Escolares () sim () não

Adultos () sim () não

Idosos () sim () não

Pacientes especiais () sim () não

07. Em relação à organização do processo de trabalho, referente às ações de atenção à saúde bucal, como o município está organizado:

C.D. trabalhando sozinho em consultório tradicional

C.D. trabalhando com A.C.D. em consultório tradicional

C.D. trabalhando sozinho em clínicas modulares

C.D. trabalhando com A.C.D. em clínicas modulares

C.D. trabalhando em clínicas modulares transportáveis

08. Em relação à organização do processo de trabalho, referente às ações de atenção à saúde bucal, o município atua de forma programada e periódica em:

UBS

Asilos

escolas públicas

Residências

UBS e escolas públicas

Outro:

Centro comunitários

09. Em relação à organização do processo de trabalho, referente às ações de atenção à saúde bucal PARA A POPULAÇÃO IDOSA, o município atua de forma programada e periódica em:

UBS

Centro comunitário

Asilo

Residência

Outro: _____