Condições de saúde bucal dos idosos moradores no Município de São Paulo em 2006

Doralice Severo da Cruz Teixeira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2007

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho com todo meu agradecimento, amor e carinho ao meu pai que
me ensinou a ler e a gostar de ler.
E a minha mãe que nunca deixou de me incentivar e inúmeras vezes cuidou do meu
pai sem poder contar com minha presença.*

Agradecimentos

Ao Professor Paulo Capel, por sua orientação repleta de generosidade e sabedoria e pela oportunidade que me foi concedida.

Ao Professor Roberto Castellanos, pela ajuda nos momentos difíceis.

À Professora Maria Lúcia, pela oportunidade de participar do Projeto.

À Professora Sabina, Professor José Maria, Professor Jair, Professora Tânia e Professora Regina, pelas incansáveis explicações.

Ao Dr. José Carlos Alves, Dr. Vladen Vieira, Dra. Sueli Moreira e Dra. Julie Silvia Martins, pela ajuda na confecção das fichas e na calibração dos cirurgiões-dentistas.

À Dra. Maria da Candelária Soares, pelo apoio e pelas dicas valiosas.

Aos meus colegas de trabalho, pelo carinho e generosidade.

Ao Fernão, pela seriedade e valiosa ajuda.

À Nazaré, Clarissa e Douglas, pelo suporte durante a duração do campo.

À FAPESP, pelo apoio financeiro na compra do material usado para os exames bucais e pagamento aos cirurgiões-dentistas e anotadoras.

Aos idosos da Vila Cisper em especial ao Sr. Constanzo, pela paciência com os cirurgiões-dentistas.

À coordenadora da Unidade Básica de Saúde V.Cisper, Tereza, e a todas as Agentes Comunitárias de Saúde, pelo empenho na arregimentação dos idosos para a calibração.

De forma especial, gostaria de agradecer aos cirurgiões-dentistas que realizaram os exames bucais nos idosos. Sem a amizade, disponibilidade e carinho que me demonstraram não teria sido possível realizar esta pesquisa.

Adriana Tatenó

Eliene Maria de Souza

Helder Inocêncio Paulo de Souza

José Carlos Alves

José Roberto Bruno da Cunha

Luis Felipe de Andrade Santos

Luciana Keiko Matsumoto de Oliveira

Marco Ribeiro Silveira

Maria Cristina Martinez de Agostinho

Mary Schweitzer dos Anjos Gomes

Mônica Lopes Carmelo dos Anjos

Sandra Regina Lapa

Sandro Marcelo Ribeiro Garcia

Teixeira DSC. Condições de saúde bucal dos idosos moradores no Município de São Paulo em 2006 [dissertação de mestrado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

RESUMO

Introdução - O envelhecimento da população tem implicações significativas para a organização da atenção odontológica. **Objetivo** - Este estudo teve por objetivo avaliar as condições de saúde bucal de idosos moradores na área urbana do município de São Paulo em 2006. **Método** - O Estudo SABE (Saúde Bem Estar e Envelhecimento) é um estudo multicêntrico envolvendo sete países da América Latina e Caribe cuja primeira fase teve início em 2000 e em 2006 transformou-se em um estudo longitudinal. Em 2006, foram examinadas 1.212 pessoas de 65 anos de idade e mais que representaram 515.040 idosos residentes na área urbana do município de São Paulo. Os exames foram realizados por 15 cirurgiões-dentistas calibrados segundo os critérios metodológicos recomendados pela Organização Mundial da Saúde. **Resultados** - A média do Índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e restaurados) nas mulheres foi de 29,87 e entre os homens de 27,42. A frequência do CPOD variou de 7 a 32 nas mulheres e de 8 a 32 nos homens. Não houve idosos com todos os dentes presentes. A necessidade de tratamento mais prevalente foi de exodontia. Em relação à condição periodontal, nas mulheres, 90,84% dos sextantes superiores e 84,56% dos sextantes inferiores eram edêntulos e, nos homens, 82,11% e 74,96, respectivamente. Perda de inserção periodontal de 0 a 3 mm foi a alteração periodontal mais frequente em ambos os sexos. A prevalência do edentulismo total foi de 69,40% nas mulheres e 30,60% nos homens; 74,48% das mulheres e 53,43% dos homens faziam uso de prótese total superior e 45,51% das mulheres e 33,77% dos homens faziam uso de prótese total inferior. Uso de prótese total superior e inferior teve prevalência de 44,40% em mulheres e 32,90% em homens. O uso de prótese parcial removível foi mais comum no arco dentário inferior em mulheres (16,38%). Necessitavam de prótese total, mas não a usavam 5,70% da população, sendo que a porcentagem foi maior na população masculina (14,78%). A necessidade de prótese total teve maior prevalência seguida da necessidade de prótese parcial removível. Dentre os idosos que usam outros tipos de prótese a média de dentes presentes foi de 11,62 nas mulheres e 13,84 nos homens. No que diz respeito a presença de lesão em tecidos moles da cavidade bucal, 18,93% das mulheres e 15,95% dos homens, apresentaram algum tipo de lesão. **Conclusão** - As mulheres apresentaram índice CPOD maior que os homens. Com exceção do número de dentes cariados que foi maior entre a população masculina, os demais componentes tiveram maior prevalência entre a população feminina. Quanto à condição periodontal, a maior prevalência de sextantes nulos ocorreu entre as mulheres. Também o número de mulheres edêntulas foi maior que o número de homens nessa condição, assim como o uso de próteses foi mais prevalente entre elas. A presença de lesões nos tecidos moles da boca foi mais prevalente na população feminina. Pode-se concluir que as mulheres tiveram mais acesso aos serviços odontológicos e que os homens apresentaram grandes necessidades de tratamento acumuladas. Pela medida de mutilação apresentada pelas

mulheres e pelas grandes necessidades acumuladas entre os homens, pode-se concluir que se deve buscar uma nova abordagem no cuidado em saúde bucal para o idoso.

Descritores: Saúde Bucal; Idoso; Levantamentos Epidemiológicos; Epidemiologia. Estudos populacionais em saúde pública; CPOD.

Teixeira, DSC – Condições de saúde bucal dos idosos moradores no município de São Paulo em 2006./Oral health conditions among the elderly population living in the City of São Paulo in 2006 [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.

ABSTRACT

Introduction - The aging of the population has material effects on the dental assistance organization. **Purpose** - The purpose of this study was to evaluate the clinical conditions of dental health among the elderly population living in the city of São Paulo in 2006. **Methodology** - The SABE Study - Health, Welfare and Aging is a multicenter study made in seven countries of Latin America and Caribbean region. The first phase of this study began in 2000, having become a longitudinal study in 2006, year at which 1,212 people of 65 years old or more were examined, representing 515.040 elderly resident in the metropolitan area of São Paulo. 15 dental surgeons conducted the exams according to the methodological criteria established by the World Health Organization. **Results** - DMFT (number of lost or restored teeth or teeth with caries) rate average was 29.87 in the female population and 27.42 in the male population. The DMFT frequency had a variation from 7 to 32 in the female population and 8 to 32 in the male population. There were no elderly elements with all their permanent teeth. The more prevailing treatment was extraction. Among the female population 90.84% have no upper high sextant and 84.56% have no anterior sextant. Among the male population 82.11% and 74.96%, respectively, have no sextants. Attachment losses from 0 to 3 mm were more frequent in both male and female population. The prevalence of total edentulism was 69.40% in the female population and 30.60% in the male population; 74.48% of women and 53.43% of men have total superior prostheses implanted and 45.51% of women and 33.77% of men have total inferior prostheses implanted. The use of total superior and inferior prosthesis prevailed among 44.40% in the female population and 32.90% in the male population; on the other hand, the removable partial prosthesis was more common in the inferior arcade of the female population (16.38%). The average of population in the need but without a total prosthesis was 5.70%, and the largest percentage was found among the male population (14.78%). The necessity of total prosthesis was more prevailing, followed by removable partial prosthesis. Among the elderly population that has other prosthesis types implanted, the average of present teeth was 11.62 in the female population and 13.84 in the male population. As to the presence of injury in soft tissues in the oral cavity, 18.93% in the female population and 15.95% in the male population have any kind of injury. **Conclusion** - The female population had a higher DMFT ratio than the male population. Except the number of teeth with caries, which was higher among the male population, the other elements showed a higher prevalence among the female population. As to the periodontal condition, the higher prevalence of sextants inexistence was found, as well as the edentulous women, and the use of prosthesis. The presence of injury in the oral soft tissues was more prevailing among the female population. It is possible to conclude that the female population had more access to dental services and the male population has more accrued necessities. By the scope of the mutilation showed by women and

accrued necessities found among the male population it is possible to conclude that a new approach should be use to address dental treatment in the elderly population.

Descriptors: Oral Health; Elderly population; Health Surveys Epidemiology. Population Studies in Public Health; DMFT

SUMÁRIO

	Página
Parte I – Contexto e caracterização da pesquisa	
1. Introdução	16
1.1. Envelhecimento Populacional	16
1.2. Saúde do Idoso	19
1.3. O Estudo SABE	22
1.3.1. Instrumento de coleta de dados	23
1.3.2. Amostra	26
1.3.3. Procedimento de coleta de dados	27
1.4. Saúde Bucal do Idoso	29
1.4.1. Saúde Bucal do Idoso Brasileiro	31
1.4.2. Saúde Bucal do Idoso no Projeto SABE	35
2. Objetivo Geral	36
2.1. Objetivos específicos	36
3. Material e Método	37
4. Resultados	39
4.1. Cárie dentária	40
4.2. Necessidade de tratamento	46
4.3. Condição Periodontal	49
4.3.1. Doença Periodontal	49
4.3.2. Perda de inserção periodontal	54
4.4. Uso de prótese dentária	59
4.5. Necessidade de prótese dentária	64
4.6. Lesão de tecidos moles da cavidade bucal	69
Parte II – Minutas dos artigos	70
Artigo 1 – Condições dentárias dos idosos moradores no Município de São Paulo em 2006	71
Artigo 2 – Uso e necessidade de prótese em idosos moradores no Município	93

de São Paulo em 2006	
Parte III – Referências e Anexos	115
5. Referências	116
Anexo A – Instrumento SABE (cópia em compact disc)	121
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para o desenvolvimento da pesquisa	123
Anexo C – Caderno de Instruções	125
Anexo D – Ficha de exame	139

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Número de idosos, média de idade, desvio padrão e percentual na população segundo sexo. Município de São Paulo, 2006.	39
Tabela 2 -	Número de mulheres, dentes hígidos, cariados, perdidos, restaurados e CPOD em mulheres segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	40
Tabela 3 -	Número de homens, dentes hígidos, cariados, perdidos, restaurados e CPOD em mulheres segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	40
Tabela 4 -	Média dos componentes e do índice CPOD em mulheres, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	41
Tabela 5 -	Média dos componentes e do índice CPOD em homens segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	41
Tabela 6 -	Média dos componentes e do índice CPOD na população de idosos, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	41
Tabela 7 -	Tabela 7 - Composição percentual do índice CPOD em mulheres, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	42
Tabela 8 -	Composição percentual do índice CPOD em homens, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	42
Tabela 9 -	Média do índice CPOD, desvio padrão, limite inferior e limite superior segundo sexo e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	43
Tabela 10 -	Distribuição percentual dos valores do índice CPOD, em mulheres, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	44
Tabela 11 -	Distribuição percentual dos valores do índice CPOD, em homens, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	45
Tabela 12 -	Número e porcentagem de dentes com e sem necessidade de tratamento em mulheres segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	46
Tabela 13 -	Número e porcentagem de dentes com e sem necessidade de tratamento em homens segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	46

Tabela 14 -	Número e porcentagem de necessidade de tratamento em mulheres segundo o tipo de necessidade e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	47
Tabela 15 -	Número e porcentagem de necessidade de tratamento em homens segundo o tipo de necessidade e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	47
Tabela 16 -	Número e percentual de sextantes superiores em mulheres segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	49
Tabela 17 -	Número e percentual de sextantes superiores em homens segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	50
Tabela 18 -	Número e percentual de sextantes inferiores em mulheres segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	51
Tabela 19 -	Número e percentual de sextantes inferiores em homens segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	52
Tabela 20 -	Número e percentual de sextantes superiores em mulheres segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	54
Tabela 21 -	Número e percentual de sextantes superiores em homens segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	55
Tabela 22 -	Número e percentual de sextantes inferiores em mulheres segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	56
Tabela 23 -	Número e percentual de sextantes inferiores em homens segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	57
Tabela 24 -	Número e porcentagem de mulheres segundo o uso de prótese dentária superior e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	59
Tabela 25 -	Número e porcentagem de homens segundo o uso de prótese dentária superior e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	60
Tabela 26 -	Número e porcentagem de mulheres segundo o uso de prótese dentária inferior e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	61
Tabela 27 -	Número e porcentagem de homens segundo o uso de prótese dentária inferior e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	62

Tabela 28 -	Número e porcentagem de mulheres que necessitam de prótese dentária superior segundo o tipo de prótese e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	64
Tabela 29 -	Número e porcentagem de homens que necessitam de prótese dentária superior segundo o tipo de prótese e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	65
Tabela 30 -	Número e porcentagem de mulheres que necessitam de prótese dentária inferior segundo o tipo de prótese e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	66
Tabela 31 -	Número e porcentagem de homens que necessitam de prótese dentária inferior segundo o tipo de prótese e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	67
Tabela 32	Número e porcentagem de idosos que apresentaram algum tipo de lesão de tecidos moles da cavidade bucal segundo sexo e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.	69

Siglas utilizadas

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CPI – Índice Comunitário Periodontal

CPOD – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

JCE – Junção cimento esmalte

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PIP – Índice de Perda de Inserção Periodontal

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SABE – Saúde Bem-Estar e Envelhecimento

SES-FSP – Secretaria de Estado da Saúde – Faculdade de Saúde Pública

UPA – Unidade primária de amostra

USA – Unidade secundária de amostra

USP-FSP – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública

UTA – Unidade Terciária de amostra

WHO – Organização Mundial da Saúde

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1. - INTRODUÇÃO

1.1 – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

No final do século XX deparou-se com a constatação do inexorável envelhecimento da população mundial que se traduziu pelo aumento da proporção de pessoas idosas em sua composição.

Segundo a Organização Mundial da Saúde são consideradas idosas pessoas com idade igual ou acima de 65 anos em países desenvolvidos e, nos países subdesenvolvidos, pessoas com idade igual ou acima de 60 anos.

Para CAMARANO (2006), a definição de pessoa idosa é difícil, pois não há idéia clara do que marca a transição entre o fim da idade adulta e o começo da última etapa. Embora se possam estabelecer marcos em processos biológicos como aparência física, aparecimento de doenças crônicas, perda de capacidades físicas e mentais, perda de papéis sociais ou nascimento de netos. Muitos desses processos caracterizam essa etapa, mas seu início é afetado pelas condições sociais, econômicas, regionais, culturais, de gênero, entre outras. No entanto, para finalidades operacionais, define-se como população idosa as pessoas de 60 anos e mais conforme estabelecido no Estatuto do Idoso e na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2003).

Envelhecer já não é privilegio de poucos. O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre tanto em países desenvolvidos como em países subdesenvolvidos. Nos países subdesenvolvidos o envelhecimento populacional decorreu devido às conquistas tecnológicas do pós-guerra o que diminuiu a mortalidade. Além disso, a queda nas taxas de fecundidade e, mais recentemente, na mortalidade acima de 60 anos, proporcionou o aumento expressivo da proporção de idosos nesses países sem que tenham alcançado um bom nível de progresso social e econômico (KALACHE e col. 1998, CHAIMOWICZ, 1997).

Considerando-se o exemplo do Brasil, no início do século XX a expectativa de vida ao nascimento era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 anos em 1950. No decorrer da década imediatamente posterior, a expectativa de vida aumentou em quase 13 anos (55,9 em 1960). Na década seguinte a expectativa de vida ao nascimento

passou a 57,1 e em 1980 atingiu 63,5 anos. Em 2004 observou-se uma diferença de quase oito anos em termos de esperança de vida ao nascer, segundo o sexo: 75,6 anos para as mulheres e 68,4 anos para os homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O aumento da expectativa de vida das populações de países desenvolvidos deveu-se à crescente melhora da qualidade de vida. Por outro lado, nos países subdesenvolvidos, este aumento deveu-se às conquistas tecnológicas da medicina moderna. O aumento na expectativa de vida conseqüente à redução da mortalidade verificada na maioria dos países subdesenvolvidos foi, portanto, um fenômeno que se pode chamar artificial, já que ocorreu em função da disponibilidade de tecnologias inexistentes até um passado muito próximo (KALACHE e col., 1987).

Em grande parte, o aumento do número de pessoas idosas em países menos desenvolvidos decorreu do alto número de nascimentos durante as primeiras décadas do século passado, associado a um progressivo decréscimo nas taxas de mortalidade. Da mesma forma, o envelhecimento da população de países europeus das últimas décadas deveu-se a taxas de natalidade relativamente altas no primeiro quarto do século associadas a taxas decrescentes de mortalidade em todos os grupos etários. Em seguida as taxas de natalidade decaíram, fazendo com que a proporção de adultos progressivamente aumentasse. O processo foi, portanto, dinâmico; para que houvesse o envelhecimento da população foi necessário o nascimento de muitas crianças, segundo que as mesmas sobrevivessem até idades avançadas e que, simultaneamente, o número de nascimentos diminuísse. Com isso a entrada de jovens na população decresceu e a proporção daqueles que sobreviveram até idades mais avançadas passou a crescer (KALACHE e col., 1987).

Tal é a rapidez com que se processam as mudanças que o Brasil deverá passar, entre 1960 e 2025, da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais. Por estar intrinsecamente relacionada à modificação da incidência e prevalência de doenças na população, a velocidade com a qual este processo vem ocorrendo deverá determinar grandes dificuldades ao Estado para lidar com o novo perfil epidemiológico que aos poucos se sobrepõe, sem substituir completamente o perfil anteriormente predominante.

Estas estatísticas reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde. Isto geralmente implica em custos elevados para o sistema de saúde.

Tal mudança demográfica surge como um grande desafio para a saúde pública, num momento em que o investimento na saúde da criança e do adolescente ainda representa uma importante prioridade, enquanto as necessidades de saúde dos adultos mais velhos e o desenvolvimento de infra-estruturas voltadas a uma sociedade em processo de envelhecimento, raramente recebem a atenção necessária (OPAS, 1988).

Daí a importância de se estudar as necessidades de saúde da população de idosos, para estimar quais seriam as prioridades e de que maneira abordá-las para haver uma boa resolutividade e coerente destinação dos recursos provenientes dos investimentos do setor saúde para esse grupo populacional.

1.2 - SAÚDE DO IDOSO

Em termos de saúde, o aumento do número de idosos em uma população se traduz por aumento na demanda por cuidados em saúde devido a doenças de longa duração. As doenças crônicas, comuns em pessoas com idade mais avançada, são cada vez mais prevalentes. O crescimento da população idosa leva inevitavelmente a um aumento dos recursos dispendidos na área de saúde. Na Inglaterra, a população acima de 65 anos, cerca de 17% da população total, utiliza 60% do orçamento do Departamento Nacional de Saúde e Cuidados Sociais. Há ainda os gastos com os idosos que vivem na comunidade que demandam além dos cuidados primários em saúde, auxílio para atividades domésticas e fornecimento de refeições, entre outras necessidades. A exemplo de outros países mais desenvolvidos, a Inglaterra dispende com os idosos cerca de três vezes mais que o dispêndio per capita com o resto da população. É fundamental que se tenha uma política de saúde planejada de tal forma a usar os recursos disponíveis com máxima eficiência (KALACHE e col., 1987).

No Brasil, segundo o Censo de 2000 (IBGE, 2002), as pessoas com 60 anos ou mais de idade já representavam quase 10% da população do País, totalizando 14.536.029 indivíduos.

De acordo com CHAIMOWICZ (1997), a população idosa brasileira, na maioria das vezes é portadora de mais de uma doença crônica, concorrendo com as necessidades em saúde da população mais jovem portadora de doenças infecto contagiosas ainda muito prevalentes.

RAMOS e col.(1993), em um inquérito domiciliar realizado na cidade de São Paulo relataram que 86% dos idosos entrevistados referiram ter pelo menos uma doença crônica.

VERAS (1994), em inquérito domiciliar no Rio de Janeiro, encontrou alta proporção de pessoas que relatavam “má visão” (42%), “má audição” (17%) e problemas dentários (63%). Ainda neste grupo foi encontrada alta proporção de idosos cujos resultados de testes padronizados identificaram déficits cognitivos

significativos (30%) e depressão (35%), embora o citado autor tenha considerado que modificações dos questionários e dos pontos de corte utilizados possam ter reduzido parcialmente as prevalências descritas.

LIMA-COSTA e col., (2003), ao descrever a situação de saúde da população idosa brasileira, utilizando os dados da PNAD 1998, relataram que 64% deles referiu pelo menos uma doença crônica, sendo que as mais prevalentes foram hipertensão (43,90%) e artrite (37,50%).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD é uma investigação populacional com representatividade nacional realizada no Brasil desde 1967 com frequência anual. A PNAD é baseada em uma amostra probabilística obtida em três estágios de seleção: municípios, setor censitário e domicílio. São investigadas as características de todos os residentes no domicílio selecionado.

A PNAD de 2004, (IBGE, 2005) relata que o percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade era de 6,40% em 1981, subiu para 8% em 1993 e alcançou 9,80% em 2004. A evolução do processo de envelhecimento da população também pode ser acompanhada por meio do indicador que relaciona o número de pessoas de 60 anos ou mais de idade para 100 crianças de menos de 5 anos de idade. Esse indicador estava em 48,3 em 1981, passou para 76,5 em 1993, atingiu 97,8 em 1999 e, alcançou 120,1 em 2004. Em 2002, o número de idosos de 60 anos ou mais de idade já havia suplantado o de crianças de menos de 5 anos de idade.

A cada ano, mais 650 mil idosos têm sido incorporados à população brasileira.

Quanto aos resultados de saúde para a população idosa no Brasil, a PNAD 2004 (IBGE, 2005) encontrou que as mulheres representavam 56,1% do total de pessoas. A percepção de saúde foi declarada boa ou muito boa por 45,6% dos homens e 41,9% das mulheres. À medida que a idade avançava, maiores foram as chances de o idoso avaliar sua saúde como ruim ou muito ruim.

A doença crônica relatada com maior frequência foi hipertensão, tanto para os homens (36,6% e 40,4%) quanto para as mulheres (49,7% e 55,3%). A artrite/reumatismo também foi bastante referida, porém bem menos que na

PNAD 1998. O mesmo ocorreu com as doenças do coração, doença renal e depressão que apresentaram uma redução percentual para ambos os sexos em relação à PNAD de 1998. Além da hipertensão, houve um aumento nos relatos de câncer e diabetes. O câncer teve uma grande elevação proporcional em 2003. Doenças como artrite/reumatismo e depressão apresentaram uma distribuição diferencial por sexo e atingiram mais as mulheres que os homens. Quanto à frequência ao cirurgião-dentista, 18,3% dos homens e 16,7% das mulheres declararam ter ido ao dentista há menos de um ano. Este percentual experimentou um aumento em relação à PNAD de 1998 quando 14% dos homens e 12,5% das mulheres haviam ido ao dentista há menos de um ano. O número de idosos de ambos os sexos que nunca foram ao dentista diminuiu para todos os grupos etários em relação à PNAD de 1998. Quanto à perda da capacidade funcional, esteve diretamente relacionada com o aumento da idade; 93,3% dos homens de 60 a 69 não tinham dificuldades para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; já entre os idosos de 80 anos e mais essa porcentagem se reduz para 70,3%. Entre as mulheres essa diferença é ainda mais acentuada com o avanço da idade: 91,1% e 63,9%, respectivamente. Para ambos os sexos, nota-se a perda de autonomia à medida que a idade avança, principalmente ao passar do grupo etário 75 anos ou mais para o grupo com mais de 80 anos.

No Estudo SABE (LEBRÃO e LAURENTI, 2005), houve alta prevalência de doenças crônicas entre a população idosa do Município de São Paulo, onde uma proporção elevada dos entrevistados declarou sofrer de três ou mais doenças, sendo que entre as mulheres houve maior prevalência (48%) do que entre os homens (33%). As principais doenças crônicas referidas foram: hipertensão arterial sistêmica (53,3%), doenças ósteo-articulares (31,7%), problemas cardíacos (19,5%), diabetes (17,9%), osteoporose (14,2%), doenças crônicas pulmonares (12,2%), doenças circulatórias (7,2%) e neoplasias (3,3%).

1.3 – O ESTUDO SABE

É provável que as características do envelhecimento populacional na América Latina, de velocidade sem precedentes e em condições sócio econômicas desfavoráveis, fará com que as coortes que alcançarão 60 anos no período de 2000-2020 demandem grandes necessidades por serviços de saúde (PALLONI e PELÁEZ, 2003).

O desenvolvimento social e econômico na América do Norte e Europa Setentrional e Ocidental já estava determinado quando as sociedades desses países começaram a envelhecer. O mesmo não ocorreu na América Latina onde se tem países de economias frágeis, com grandes desigualdades sociais, contraindo mais do que expandindo o acesso aos serviços e recursos de saúde. A maioria da população da região vive uma diminuição da renda real, um acesso mais pobre aos serviços de saúde e uma erosão de sua capacidade para reivindicar recursos públicos para aposentadoria e bem-estar. Os grupos mais vulneráveis são as pessoas mais velhas e as crianças e é nesses grupos que o impacto dos efeitos deletérios será visto ((PALLONI e PELÁEZ, 2003)).

O estudo SABE - Saúde Bem Estar e Envelhecimento (LEBRÃO E LAURENTI, 2005), foi planejado, em parte, para tentar testar a conjectura acima mencionada e colocar, assim, luz na carga das demandas de saúde que provavelmente emergirão de uma população rapidamente idosa com ênfase nas necessidades de saúde da população com 75 anos e mais. O estudo também foi motivado pela necessidade percebida de antecipar o que se encontrará adiante, de modo que os países possam se planejar adequadamente para prevenir consequências mais negativas do processo do envelhecimento na região. Quatro dos países incluídos - Argentina, Barbados, Cuba e Uruguai - estão em estágios muito avançados do processo de envelhecimento enquanto os outros três, - Chile, México e Brasil – estão ligeiramente atrás dos precursores, mas, irão transpor, nessa ordem, uma escala inteira que vai de uma maior a uma menor velocidade de envelhecimento (PALLONI e PELÁEZ, 2003).

O estudo, organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre os anos de 1997 e 2003, em sete grandes cidades da América

Latina e do Caribe, Bridgetown (Barbados); Buenos Aires (Argentina); Havana (Cuba); México (México); Montevideu (Uruguai); Santiago (Chile) e São Paulo (Brasil), caracterizou-se por ser multicêntrico, transversal, simultâneo, rigorosamente comparável e o primeiro dessa natureza na região da América Latina e Caribe (PAHO, 1999).

No Município de São Paulo, o trabalho de campo para a coleta de dados da primeira fase da pesquisa foi realizado de janeiro de 2000 a março de 2001.

Em 2006, a pesquisa teve continuidade no Município de São Paulo, transformando-se em um estudo longitudinal que buscou as pessoas entrevistadas em 2000, para aplicação de questionário para coleta de informações sobre as suas atuais condições de vida e saúde, com ênfase em fatores de risco para mortalidade, institucionalização, alterações da funcionalidade e fragilidade.

1.3.1 - Instrumento de coleta de dados

Os dados do Estudo SABE (LEBRÃO e LAURENTI, 2003) foram obtidos através de entrevista domiciliar, por meio de um questionário elaborado de maneira a fornecer informações comparáveis entre os vários países. Em particular, o objetivo foi incluir módulos e seções baseadas no inquérito AHEAD – Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old do The Health and Retirement Study da Universidade de Michigan (UNIVERSIDADE DE MICHIGAN), além de um conjunto de pesquisas realizadas pelo Centro de Estudos de População da citada universidade e seus colaboradores locais em vários países de Ásia.

Ao mesmo tempo em que se buscou fortalecer a comparabilidade, procurou-se fazer com que os módulos incluídos fossem congruentes com a realidade de cada cidade investigada. O instrumento final foi considerado apropriado para a identificação do que seja pertinente ao processo de envelhecimento das grandes zonas urbanas da região da América Latina e Caribe e das semelhanças que estas guardam com as de outros países.

O questionário foi só um dos componentes do protocolo para reunir informações. O segundo componente consistiu em medidas antropométricas (peso, estatura, altura do joelho, circunferência do braço, circunferência da cintura e do quadril, prega tricipital, circunferência da panturrilha e circunferência do punho).

Este instrumento (Anexo A) foi submetido a dois pré-testes até se chegar a sua forma final, composta por onze seções, a saber:

Seção A – Dados pessoais

Ano e país de nascimento, local de residência durante os primeiros quinze anos de vida, local de residência durante os últimos cinco anos de vida e razão para a mudança de residência se fosse o caso, história e estado civil, número de filhos, sobrevivência dos pais e, caso houvessem falecido, a idade em que faleceram, escolaridade.

Seção B – Avaliação cognitiva

Auto-avaliação da memória, avaliação da memória através do teste mini-mental modificado e validado no Chile para a realização do estudo. Para os que obtiveram escores inferiores a 12 pontos aplicou-se uma escala de desempenho funcional ao informante substituto a partir da questão “é capaz de...”.

Seção C – Estado de saúde

Auto-avaliação da saúde atual comparando com o ano anterior e da saúde na infância, doenças referidas considerando as mais prevalentes, hábitos, condições sensoriais, saúde reprodutiva, auto-avaliação da saúde bucal, ocorrência de quedas, escala de avaliação de depressão geriátrica e mini *screening* nutricional.

Seção D – Estado funcional

Avaliação do desempenho funcional e da ajuda recebida, quando necessário, nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e identificação e caracterização dos principais cuidadores.

Seção E – Medicamentos

Medicamentos utilizados, incluindo indicação, tempo de uso, forma de utilização, obtenção e pagamento, gastos mensais com medicamentos e motivos referidos para a não utilização dos medicamentos prescritos.

Seção F – Uso e acesso a serviços

Serviços de saúde utilizados, públicos ou privados, nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalização, atendimento ambulatorial, exames nos últimos quatro meses, bem como tempo de espera para atendimento, terapêutica prescrita e gastos relacionados.

Seção G – Rede de apoio familiar e social

Número e características de pessoas que vivem com o idoso no mesmo domicílio (sexo, parentesco, estado marital, idade, escolaridade e condição de trabalho), assistência prestada ao idoso e fornecida por ele referente a cada membro citado, tempo gasto na ajuda ao idoso. As mesmas perguntas foram feitas em relação aos irmãos e filhos que não vivem no mesmo domicílio, bem como a outros familiares e que, de alguma forma, fornecem ou recebem ajuda do idoso, assistência recebida ou fornecida nos últimos 12 meses de alguma instituição ou organização, participação do idoso em algum serviço voluntário ou organização comunitária.

Seção H – História laboral e fonte de renda

Trabalho atual (tipo, renda, razões para continuar trabalhando); caso não trabalhasse mais, por que não o fazia, ocupação que teve durante o maior período de sua vida, horas trabalhadas, razões para mudança de atividade, aposentadoria, pensões, benefícios, outras fontes de renda, renda total pessoal e número de dependentes dessa renda, gastos pessoais (moradia, transporte, alimentação, vestimenta, saúde) e auto-avaliação de seu bem estar econômico.

Seção J – Características de moradia

Tipo e propriedade da moradia, condições de habitação (saneamento básico, luz, número de cômodos, bens presentes).

Seção K – Antropometria

Altura do joelho, circunferência do braço, da cintura e do quadril, prega tricipital, peso, circunferência da panturrilha, largura do punho e força da mão.

Seção L – Flexibilidade e mobilidade

Provas de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

1.3.2 – Amostra

As amostras foram elaboradas pelo método clássico de amostras de etapas múltiplas por conglomerados, com estratificação das unidades primárias (ALBALA e col., 2005).

A distribuição da amostra por estrato geográfico ou socioeconômico foi determinada mediante probabilidade proporcional ao tamanho da população idosa. As Unidades Primárias de Amostra (UPA) foram divididas em unidades secundárias de amostra (USA), cada uma formada por um número menor de domicílios independentes. As USA foram integradas, por sua vez, por unidades terciárias de amostra (UTA), constituídas pelos domicílios selecionados em que se entrevistaram todas as pessoas de 60 anos e mais neles residentes que cumpriam os requisitos, incluindo os cônjuges, se estivessem presentes. Desta forma, o domicílio se constituiu no último estrato de agregação da amostra. As etapas do desenho permitiram ao investigador calcular as probabilidades de seleção de cada indivíduo alvo. Isso, junto com o conhecimento posterior das taxas de falta de resposta, forneceu informação suficiente para calcular os fatores de expansão, a fim de realizar inferências a respeito da população de referência a partir das amostras selecionadas. A taxa média de resposta foi de 80% (ALBALA e col., 2005).

A maior parte das entrevistas foi feita de forma direta. Em alguns casos as respostas foram obtidas de um informante geralmente em consequência do estado cognitivo do idoso.

No Brasil, a população de estudo foi composta por pessoas de 60 anos e mais residentes na área urbana do município de São Paulo. A

amostra de idosos foi obtida pelo critério de partilha proporcional distribuída segundo estratos definidos por sexo e grupo etário. A unidade primária de amostra foi o setor censitário já previamente ordenado segundo o número de chefes de família analfabetos. A amostra final foi alcançada através da somatória de uma amostra probabilística (sorteio de 1.500 idosos) e de uma amostra intencional (composição livre da amostra para os grupos ampliados). A necessidade de ampliação da amostra se deveu ao fato da baixa densidade na população de grupos etários de 75 anos e mais para permitir análises das condições de saúde que são raras precisamente porque ocorrem somente neste segmento de população. Ainda, para compensar o excesso de mortalidade em relação à população feminina, ajustaram-se as amostras do sexo masculino para número igual ao do sexo feminino (SILVA, 2003).

Para obtenção da amostra probabilística dos domicílios, foi utilizado o cadastro permanente de 72 setores censitários, disponível no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, oriundo do cadastro da PNAD 1995, sorteados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. Os domicílios a serem visitados foram sorteados sistematicamente. A complementação da amostra com pessoas de 75 anos e mais foi realizada pela localização de idosos moradores próximos aos setores sorteados até dentro dos limites dos distritos aos quais pertencia o setor sorteado (SILVA, 2003).

A atualização das listas de endereços introduziu alterações nas probabilidades de sorteio entre os setores censitários. Houve também necessidade de ajustar a distribuição da amostra segundo a distribuição da composição da população segundo sexo e faixa etária. Para compensar estas alterações foram calculados pesos para cada elemento amostral que variou de acordo com o setor censitário onde está localizado o domicílio, o sexo e a faixa etária a qual pertence o indivíduo sorteado (SILVA, 2003).

1.3.3 Procedimento de coleta de dados

Após a seleção da amostra os idosos foram entrevistados em seus domicílios. A maior parte das entrevistas (88%) foi feita de forma direta. Em algumas ocasiões, utilizou-se um proxi-respondente quando havia impossibilidade do idoso responder as questões devido a problemas físicos ou cognitivos.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira foram preenchidas as seções de A a J e na segunda, que ocorreu de um a seis meses após a primeira, as seções L e K. Isso ocorreu, em parte, pela extensão do questionário e, por outro lado, as seções L e K exigiam maior disponibilidade do idoso para a realização de alguns testes, além de material específico.

Em 2006, no seguimento dos idosos entrevistados em 2000, durante o preenchimento das seções L e K, foram feitos os exames da cavidade bucal dos idosos.

O estudo foi submetido aos respectivos comitês de ética dos países envolvidos. No Brasil, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a qual pertencem os principais investigadores do estudo e pelo CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

1.4 – SAÚDE BUCAL DO IDOSO

A conquista de uma maior esperança de vida para a população trouxe consigo inúmeras alterações fisiológicas e patológicas na saúde bucal dos idosos.

O envelhecimento da população tem implicações significativas para a organização da atenção em saúde bucal. Ainda que as prioridades dos programas de atenção nesta área continuem recaindo sobre os grupos de crianças e adolescentes, tanto no Brasil quanto em outros países, são crescentes as preocupações com a atenção à saúde bucal dos idosos.

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde, através do WHO Global Oral Health Programme publicou um relatório sobre as condições de saúde bucal mundial com dados extraídos do Global Oral Data Bank. Este banco de dados é permanentemente atualizado com informações de vários países. O relatório mostrou que ao redor do mundo as pessoas idosas perderam um grande número de elementos dentários, muitas apresentaram doença periodontal e o risco de câncer de boca aumenta a partir dos 50 anos. Além disso, muitos eram portadores de mais de uma doença crônico-degenerativa o que os faziam consumidores, não raras vezes, de mais de um tipo de medicamento (WHO, 2003).

Para PETERSEN (2003), a saúde bucal é um componente importante para o envelhecimento saudável por ter uma participação significativa na saúde geral. A partir do banco de dados Global Oral Data Bank, o autor coletou dados de saúde bucal dos países para enfatizar a importância da promoção e recuperação da saúde bucal da população idosa.

A prevalência de cárie em adultos chegou a atingir 100% da população da maioria dos países. O edentulismo esteve associado com o baixo nível socioeconômico, baixos níveis educacionais e de renda. Alguns países desenvolvidos apresentaram uma tendência de declínio de perda dentária entre adultos, inclusive em idosos, mas as iniquidades sociais, no que diz respeito à saúde bucal, ainda persistem mesmo em países que possuem programas avançados de saúde pública voltados para a saúde bucal.

A cárie dentária e a doença periodontal foram as principais doenças que provocaram a perda dentária. O uso do tabaco também se constitui num fator de risco, particularmente entre idosos cujo consumo vinha de longos anos.

O uso de prótese parcial removível foi muito freqüente entre idosos habitantes de países desenvolvidos. Alguns países reportaram que 1/3 dos idosos usam próteses totais enquanto mais de três quartos usam algum tipo de prótese parcial removível.

Novamente a prevalência de próteses parciais removíveis mostrou uma considerável variação socioeconômica.

A estomatite foi a lesão bucal mais comumente relatada entre os idosos. Sua prevalência variou entre 11 a 67% em usuários de prótese total e esteve fortemente relacionada à higiene, consumo de álcool e uso de tabaco ou ainda à alergia ao material com o qual a prótese foi confeccionada. A hiperplasia e a úlcera traumática foram também lesões associadas ao uso de prótese. Sua prevalência variou entre 4 a 26%. Ambas as lesões foram mais frequentemente observadas entre usuários de prótese total do que entre usuários de prótese parcial removível.

A população idosa apresentou alta prevalência de cárie dentária em muitos países. A média de dentes cariados e obturados variou entre 22% a 35% em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento as pesquisas foram escassas.

A média de dentes cariados e restaurados entre idosos nos países desenvolvidos foi de 2,2 e 5,3% com um incremento de 1,31 faces cariadas por idoso a cada ano.

No mundo, a porcentagem de bolsas peridontais profundas variou entre 5% a 70% entre idosos. Baixos níveis educacionais, falta de acesso aos serviços odontológicos, poucos dentes presentes e uso do tabaco foram fatores que levaram à progressão da doença.

A prevalência da xerostomia foi de cerca de 30% na população acima de 65 anos de idade. A redução do fluxo salivar mostrou-se associada à idade e ao sexo sendo mais prevalente em mulheres. Certos medicamentos foram responsáveis pela xerostomia tais como: antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, atropina, beta

bloqueadores e anti-histamínicos. A queixa de boca seca foi particularmente freqüente em pessoas tratadas de problemas de hipertensão, psiquiátricos ou urinários. O hábito de fumar também foi outro importante fator de risco para boca seca.

O câncer de boca, que aumenta progressivamente com a idade, foi mais comum em populações de países em desenvolvimento.

A prevalência de lesões pré-malignas como leucoplasia e líquen plano variou entre 1 a 4,80% e 1,10 a 6,60%, respectivamente. A leucoplasia foi mais freqüente entre os homens enquanto que o líquen plano foi mais freqüente em mulheres. O fumo foi o fator determinante mais importante para câncer de boca.

1.4.1 – Saúde bucal do idoso brasileiro

No Brasil, a Odontologia tem voltado sua atenção para a problemática da terceira idade. Há grande interesse em quantificar as condições de saúde bucal dos idosos.

Vários estudos têm sido realizados a fim de avaliar as condições dessa população. Apesar desse interesse, a maior parte das investigações sobre idosos refere-se a populações institucionalizadas (SILVA e FERNANDES, 2001; CARNEIRO, 2001; MENEGUIM e col., 2002). São ainda poucos os estudos epidemiológicos de base populacional voltados às condições de saúde bucal no Brasil (NARVAI e ANTUNES, 2003).

As principais alterações bucais encontradas nos indivíduos idosos são a cárie dentária, as doenças periodontais, a perda de grande número de dentes, o edentulismo e o câncer bucal (NETTO, 1997; SILVA, 1999; PETERSEN, 2003).

A cárie dentária costuma se apresentar com maior freqüência em pessoas idosas com reduzido fluxo salivar (xerostomia), dieta cariogênica (muitas vezes associada à higienização precária em decorrência da dificuldade motora que costumam apresentar e a próteses totais mal adaptadas), além de alterações sistêmicas comuns nos idosos, que aumentam o risco de sua ocorrência (NETTO, 1997).

No Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998 (SES-FSP, 1999), examinou-se 4.894 idosos (3.035 mulheres e 1.859 homens) de 65 a 74 anos, usuários de serviços de saúde e associados de grêmios variados.

O índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados), encontrado foi de 28,52. Houve, em média, 0,67 dentes cariados e 1,27 dentes restaurados. O componente “dentes perdidos” correspondeu a 27,06.

Em 2005 foram publicados os resultados do mais abrangente levantamento epidemiológico realizado na área de saúde bucal no Brasil. O projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (BRASIL, 2004), obteve dados para a população entre 65 e 74 anos. Foram examinados 5.349 idosos e o CPOD médio para o Brasil foi de 27,80 e para a região Sudeste 28,61 sendo que o componente perdido foi responsável por 93% do índice na composição do CPOD do país.

As doenças periodontais podem se manifestar desde a forma de uma gengivite até a forma de periodontite grave com conseqüente mobilidade e perda do elemento dentário. Apesar de comum nos idosos, a doença periodontal não é conseqüência da idade. O simples fato de deixar seqüelas eleva a quantidade de problemas encontrados nas idades mais avançadas (SILVA, 1999).

O levantamento epidemiológico de 1998, realizado no Estado de São Paulo (SES-FSP, 1999), relatou que quanto às condições periodontais, 6,7% dos idosos examinados tinham o periodonto sadio. Embora apenas 13,6% tenham apresentado cálculo dental no momento do exame, isto se deveu ao fato de que a grande maioria dos idosos estava sem dentes.

O relatório do projeto SBBrasil 2003 (BRASIL, 2004), quanto às condições periodontais, encontrou, na faixa etária de 65 a 74 anos, 7,89% das pessoas examinadas com periodonto normal e 31,31% com sangramento gengival, cálculo dental ou bolsas periodontais.

O edentulismo é um dos principais problemas que acomete a saúde bucal dos idosos. Os estudos realizados no Brasil relatam alta prevalência nessa população.

O levantamento epidemiológico de 1998 (SES-FSP, 1999) com relação ao uso de prótese dentária no arco superior, encontrou 7% dos idosos examinados com necessidade de uma prótese fixa ou removível para substituir um elemento dentário; 22% com necessidade de uma prótese fixa ou removível para substituir mais de um elemento dentário; 30% com necessidade de várias próteses dentárias ao mesmo tempo e 86% com necessidade de prótese total superior. No arco dentário inferior, 4% necessitavam de uma prótese fixa ou removível para substituir um elemento dentário; 21% necessitavam uma prótese fixa ou removível para substituir mais de um elemento dentário; 29% necessitavam de várias próteses dentárias ao mesmo tempo e 89% necessitavam de prótese dentária total inferior.

No relatório SBBrazil 2003 (BRASIL, 2004), quanto ao uso de prótese, 66,54% dos idosos usavam algum tipo de prótese no arco superior e 42,57% usavam algum tipo de prótese no arco inferior. No tocante à necessidade de prótese 30,96% das pessoas examinadas necessitavam de algum tipo de prótese superior e 54,52% de algum tipo de prótese inferior.

SILVA (1999) em estudo com idosos que freqüentavam um Centro de Saúde em Araraquara, SP, encontrou Índice CPOD de 26,66; a média de dentes cariados foi 1,10, dentes restaurados 4,43 e perdidos 20,58, os edêntulos perfaziam 40,4% da amostra.

COLUSSI e col. (2004), em seu estudo sobre o perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, SC, encontrou uma prevalência de edentulismo de 48,4%.

MESAS e col (2006) encontraram em idosos de uma comunidade de Londrina, PR, 43,1% de edêntulos.

Os cânceres na boca correspondem a cerca de 4% dos óbitos por câncer nos homens e a 1% nas mulheres. É, em termos de saúde pública, o principal problema de saúde bucal dos idosos. O câncer de lábio é mais freqüente em pessoas

brancas e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior. Os coeficientes de incidência e mortalidade variam bastante segundo o sexo, atingindo mais fortemente os homens (INCA 2006).

BERCHT (1992) analisou dados do Instituto Nacional de Câncer, para o período de 1975 a 1980 e concluiu que, não obstante o câncer da boca requerer a máxima urgência resolutiva, 83% dos pacientes encontravam-se em fase avançada da doença no momento do diagnóstico e, desses, 26% não apresentavam possibilidade terapêutica.

No Brasil, a taxa de mortalidade registrou um aumento de 1,32 para 1,82 por 100 mil habitantes no período 1979-1998, mas a tendência na ocorrência é de estabilidade. Tabagistas e etilistas do sexo masculino são os grupos mais vulneráveis. Entre os homens a taxa de mortalidade passou de 2,16 para 2,96 no período considerado (INCA 2006).

MARCHIONI (2003) analisou o papel da dieta no câncer de boca, em São Paulo, e concluiu que a dieta tradicional do brasileiro, composta por arroz e feijão, além do consumo de frutas, vegetais e quantidades moderadas de carnes, pode agir como fator de proteção contra esse tipo de câncer, independente do uso de tabaco e bebida alcoólica, reconhecidos fatores de risco.

BIAZEVIC (2003), estudou a tendência da evolução da mortalidade por câncer de boca no município de São Paulo (período de 1980 a 2000) concluindo que a língua foi a localização que mais contribuiu dentre as localizações bucais, sendo responsável por quase 50% dos óbitos, e que a maioria das localizações anatômicas apresentou tendência estável, com exceção de câncer de lábio e de gengiva, que apresentaram declínio, e partes não especificadas da cavidade bucal, que apresentou tendência de aumento.

Não são boas as condições de saúde bucal da população idosa brasileira. A falta de informação sobre higiene bucal, as dificuldades para conseguir acesso aos serviços de odontologia, e a predominância de práticas odontológicas mutiladoras, fazem dos nossos idosos pessoas desdentadas.

Não obstante o interesse pela saúde bucal desse segmento da população, ações efetivas de tratamento curativo, preventivo e de promoção de saúde são escassas e invariavelmente relegadas ao segundo plano. Em 2007 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica nº 19 cujo tema é Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). Não há orientações sobre como avaliar a saúde bucal do idoso. Foram descritas apenas as atribuições da equipe de saúde bucal no atendimento odontológico. Pode-se concluir que está institucionalizada a prática de se colocar a saúde bucal em segundo plano. Este é um dos principais motivos pelos quais a porcentagem de edêntulos entre os idosos no Brasil gira em torno de 40%.

1.4.2 - Saúde Bucal do Idoso no Projeto SABE

As perguntas referentes à saúde bucal no projeto SABE (LEBRÃO e LAURENTI, 2005), estão no módulo percepção de saúde do instrumento de coleta de dados, perguntas C16 à C17K (Anexo A) e foram formuladas de forma a captar a autopercepção das condições e funções dentárias, considerando-se o período de 12 meses anteriores à entrevista. As respostas foram categorizadas da seguinte forma: sempre, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca. *Sempre*, correspondendo a ocorrência de um determinado evento nos 7 dias da semana; *Frequentemente*, correspondendo à ocorrência do evento em 3 a 6 dias da semana; *Algumas vezes*, correspondendo a ocorrência do evento uma a duas vezes na semana; e *raramente* correspondendo a ocorrência do evento em algumas ocasiões mas menos de uma vez por semana.

Os resultados mostraram que menos de 1% dos idosos referiram ter todos os dentes (NARVAI e ANTUNES, 2003).

2 – OBJETIVO GERAL

O presente estudo teve como objetivo identificar as condições de saúde bucal dos idosos moradores do Município de São Paulo, em 2006.

2.1 – Objetivos específicos

Descrever as seguintes condições bucais de idosos residentes no Município de São Paulo, em 2006:

- a) cárie e perdas dentárias, empregando o índice CPOD;
- b) periodontais, empregando o Índice Comunitário Periodontal (CPI) e o indicador de Perda de Inserção Periodontal (PIP);
- c) uso e necessidade de prótese dentária;
- d) tecidos moles da boca, empregando a contagem de lesões.

3 – MATERIAL E MÉTODO

Este estudo é parte do Projeto SABE (LEBRÃO e LAURENTI, 2005) e caracteriza-se como uma pesquisa transversal, exploratória, com dados primários e de abordagem quantitativa. Foram realizadas entrevistas e exames bucais em idosos de 65 anos de idade e mais, participantes do projeto, residentes na zona urbana do Município de São Paulo em 2006.

Além do questionário utilizado pelo projeto (Anexo A), referente ao conhecimento da autopercepção, realizou-se exame da cavidade bucal dos idosos, utilizando-se os índices, critérios e recomendações contidos no manual sobre levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) e um modelo de ficha de exame adaptada para a pesquisa (Anexo D).

A partir da padronização de códigos e critérios para as condições estudadas, apresentadas no “Caderno de Instruções” (Anexo C), foram realizados treinamentos de calibração dos examinadores. Foram treinados 15 cirurgiões-dentistas, sendo que a parte teórica do treinamento foi realizada em 4 horas e a parte prática em 16 horas. Os treinamentos de calibração tiveram como objetivo garantir a uniformidade de interpretação, compreensão e aplicação dos critérios para as várias condições estudadas, assegurar a uniformização e a padronização dos exames e minimizar as variações entre os diferentes examinadores.

Os cirurgiões-dentistas examinadores tiveram como anotadores as estudantes do curso de nutrição que após o exame bucal, procediam à verificação das medidas antropométricas dos idosos examinados. Os exames bucais e as medidas antropométricas foram realizados nos domicílios dos idosos. Procurou-se realizar os exames em local iluminado, amplo, com o idoso sentado e com a cabeça posicionada para trás e o examinador em frente a este.

Para a verificação da concordância interexaminadores para diagnóstico de cárie e condição periodontal, foi utilizado o coeficiente Kappa, sendo utilizada a concordância a cada elemento dentário entre os examinadores. Os valores da

estatística Kappa obtidos foram de 0,90 para observação de cárie e de 0,83 para a condição periodontal.

Para os exames foram utilizadas sondas CPI, espelhos bucais planos número 5 e espátulas de madeira.

As análises estatísticas foram efetuadas usando-se três pacotes estatísticos: Epi Info 6.0, Stata versão 6 e SPSS versão 13.0. O programa Epi Info foi usado para o cálculo do índice CPOD e da frequência de seus componentes. Os programas Stata e SPSS foram usados para verificar a distribuição das frequências das variáveis em estudo, suas médias e variabilidade. Para todos os testes estatísticos adotou-se nível de significância de 5%.

4 - RESULTADOS

O tamanho da amostra examinada foi de 1.212 idosos entrevistados no ano 2000 e representaram 515.040 pessoas de 65 anos de idade e mais. A inferência é permitida devido às características do cálculo da amostra. Cada idoso participante representou um número de idosos com as mesmas características de idade, sexo, condição socioeconômica e setor censitário onde era domiciliado.

As fichas dos exames foram digitadas no programa Epi Data versão 3.0., num total de 153.924 toques, sendo 117 incorretos, perfazendo 0,08% de erros de digitação.

A idade média entre as mulheres foi de 74,37 anos ($\pm 6,89$) e entre os homens foi de 73,45 anos ($\pm 6,17$). Na composição da população, 61,4% eram mulheres e 38,6% eram homens. (Tabela 1)

Tabela 1. Número de idosos, média de idade, desvio padrão e percentual na população segundo sexo. Município de São Paulo, 2006.

Sexo	n	Média de idade	DP	%
Feminino	316.168	74,37	6,89	61,40
Masculino	198.872	73,45	6,17	38,60
Total	515.040	74,02	6,63	100,00

4.1. Cárie dentária

As tabelas 2 e 3 mostram o número de dentes hígidos (H), cariados (C), perdidos (P) e restaurados (O) na população examinada. O número de dentes perdidos (P) tanto em mulheres quanto em homens é consideravelmente maior do que a soma do número de dentes hígidos (H), cariados e restaurados nas populações estudadas. Embora as perdas dentárias sejam grandes em ambos os sexos, as mulheres mostraram-se mais mutiladas em sua saúde bucal com maior número de dentes cariados, perdidos e restaurados.

Tabela 2 – Número de mulheres, dentes hígidos, cariados, perdidos, restaurados e CPOD em mulheres segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	n	H	C	P	O	CPOD
65l-169	95.870	268.018	145.736	2.421.222	232.831	2.799.789
70l-174	79.234	191.330	93.252	2.117.296	267.342	2.344.219
75l-179	72.752	141.479	64.868	2.019.626	204.162	2.186.575
80 e +	68.312	72.846	27.143	2.040.327	91.370	2.113.155
Total	316.168	673.673	330.999	8.598.471	795.705	9.443.738

Tabela 3 – Número de homens, dentes hígidos, cariados, perdidos, restaurados e CPOD em homens, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	n	H	C	P	O	CPOD
65l-169	70.306	429.276	109.091	1.559.471	149.386	1.817.948
70l-174	52.721	252.951	84.070	1.241.658	108.379	1.434.107
75l-179	40.374	132.763	89.525	1.001.452	68.211	1.159.188
80 e mais	35.471	92.055	53.408	940.749	47.961	1.042.118
Total	198.872	907.045	336.094	4.743.330	373.937	5.453.361

Tabela 4 – Média dos componentes e do índice CPOD em mulheres, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	$\overline{C}$	$\overline{P}$	$\overline{O}$	$\overline{CPOD}$
65 – 69	1,52	25,25	2,43	29,20
70 – 74	1,17	26,72	3,37	29,59
75 – 79	0,89	27,76	2,81	30,06
80 e mais	0,39	29,87	1,34	30,93
Total	1,05	27,23	1,63	29,90

C = cariado; P = perdido; O = restaurado

Tabela 5 – Média dos componentes e do índice CPOD em homens segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	$\overline{C}$	$\overline{P}$	$\overline{O}$	$\overline{CPOD}$
65 – 69	1,55	22,18	2,12	25,86
70 – 74	1,59	23,55	2,05	27,20
75 – 79	2,21	24,80	1,68	28,71
80 e mais	1,50	26,52	1,35	29,38
Total	1,68	23,81	1,87	27,37

C = cariado; P = perdido; O = restaurado

A média dos componentes do índice CPOD das populações estudadas mostra que os homens possuem maior número de dentes cariados e menor número de dentes perdidos e restaurados que as mulheres, resultando num menor índice CPOD em todas as faixas etárias.

Tabela 6 – Média dos componentes e do índice CPOD na população de idosos, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	$\overline{C}$	$\overline{P}$	$\overline{O}$	$\overline{CPOD}$
65 – 69	1,53	23,95	2,30	27,78
70 – 74	1,34	25,46	1,83	28,63
75 – 79	1,36	26,71	1,51	29,58
80 e mais	0,78	28,72	0,90	30,40
Total	4,31	25,90	1,72	28,92

C = cariado; P = perdido; O = restaurado

Com o aumento da idade aumenta também o índice CPOD devido ao aumento do componente perdido (Tabela 6).

Tabela 7 - Composição percentual do índice CPOD em mulheres, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	C	P	O	CPOD
65 – 69	6,0	86,0	8,0	100,0
70 – 74	3,0	88,0	9,0	100,0
75 – 79	2,0	90,0	8,0	100,0
80 e mais	1,0	95,0	4,0	100,0
Total	1,2	96,5	2,3	100,0

C = cariado; P = perdido; O = restaurado

Tabela 8 - Composição percentual do índice CPOD em homens, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	C	P	O	CPOD
65 – 69	6,0	86,0	8,0	100,0
70 – 74	5,0	87,0	8,0	100,0
75 – 79	8,0	86,0	6,0	100,0
80 e mais	5,0	90,0	5,0	100,0
Total	6,2	87,0	6,8	100,0

C = cariado; P = perdido; O = restaurado

Quanto à composição percentual do índice CPOD, as tabelas 7 e 8 mostram que o componente cariado teve maior participação no índice CPOD dos homens. O componente P teve alta participação em ambas as populações embora tenha sido maior nas mulheres. O componente restaurado (O) teve maior participação na população feminina.

Tabela 9 – Média do índice CPOD e desvio padrão segundo sexo e faixa etária.
Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	n	Mulheres				n	Homens			
		Média CPOD	DP	LI	LS		Média CPOD	DP	LI	LS
65 – 69	95.870	29,20	3,96	29,18	29,23	70.306	25,86	6,42	25,81	25,91
70 – 74	79.234	29,59	4,42	29,55	29,61	52.720	27,02	6,30	27,15	27,26
75 – 79	72.752	30,06	3,72	30,03	30,08	40.373	28,71	4,29	28,68	28,76
80 e mais	68.311	30,93	2,37	30,92	30,96	35.470	29,38	4,16	29,33	29,42
Total	316.168	29,87	3,80	29,85	29,89	198.872	27,42	5,82	27,40	27,44

DP = desvio padrão; LI = limite inferior; LS = limite superior

A média do índice CPOD foi maior entre as mulheres. À medida que a idade aumentou, aumentou também o valor da média do índice com crescente participação do componente perdido, como mostrado em tabelas anteriores.

Tabela 10 - Distribuição percentual dos valores do índice CPOD, em mulheres, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

CPOD	Faixa etária			
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 e mais
7	0,68	-	-	-
13	-	0,88	-	-
14	0,50	0,65	-	-
15	0,63	0,64	-	-
16	0,59	1,37	2,54	-
17	-	0,59	-	-
18	-	1,27	0,59	0,21
19	-	0,63	-	0,21
20	-	1,96	-	-
21	0,59	0,82	0,90	-
22	1,94	0,64	2,04	1,04
23	1,77	0,35	1,22	0,39
24	2,45	0,74	2,81	0,87
25	4,09	0,54	0,09	1,08
26	10,02	7,46	6,98	5,59
27	6,49	2,81	1,96	3,22
28	6,12	3,35	4,54	3,06
29	3,39	3,58	2,01	2,77
30	5,87	2,63	1,95	0,82
31	4,99	5,44	1,26	0,77
32	49,87	63,65	71,10	79,97

Tabela 11 - Distribuição percentual dos valores do índice CPOD, em homens, segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

CPOD	Faixa etária			
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - +
8	-	1,46	-	-
9	1,37	1,24	-	-
10	-	1,43	-	-
11	1,05	-	-	-
12	-	0,97	-	-
13	3,97	-	-	0,63
14	1,01	1,44	-	0,61
15	1,93	2,84	1,26	-
16	-	-	-	0,65
17	4,20	0,22	-	0,62
18	5,32	-	3,42	0,59
19	2,01	1,17	1,50	1,11
20	-	0,18	-	-
21	3,89	1,35	1,08	3,09
22	3,51	8,00	3,30	1,47
23	2,79	6,55	3,63	1,87
24	4,63	1,52	4,76	3,75
25	6,01	4,13	1,29	3,26
26	6,73	3,87	5,12	3,88
27	5,27	5,05	7,90	0,83
28	1,07	3,62	4,24	5,11
29	3,13	1,21	5,11	5,37
30	1,80	4,08	2,69	5,81
31	4,36	1,16	7,55	2,69
32	35,94	48,53	47,15	58,66

As tabelas 10 e 11 mostram que a maioria da população de idosos do Município de São Paulo, apresentou índice CPOD igual a 32.

4.2 - Necessidades de tratamento

Tabela 12 - Número e porcentagem de dentes com e sem necessidades de tratamento em mulheres segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Necessidades de tratamento	Faixa etária							
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Com necessidades	29.629	5,00	40.645	10,00	30.676	10,00	14.618	10,00
Sem necessidades	618.716	95,00	369.899	90,00	281.978	90,00	131.652	90,00
Total	648.345	100,00	410.544	100,00	312.654	100,00	146.270	100,00

Tabela 13 - Número e porcentagem de dentes com e sem necessidades de tratamento em homens segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Necessidades de tratamento	Faixa etária							
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Com necessidades	54.961	8,00	44.723	6,77	39.770	13,67	50.103	25,65
Sem necessidades	636.086	92,00	616.282	93,23	251.178	86,33	145.225	74,35
Total	691.047	100,00	661.005	100,00	290.948	100,00	195.328	100,00

Com exceção da faixa etária de 70 a 74 anos, os homens demandaram maior necessidades de tratamento que as mulheres, tendo em vista possuírem um maior número de dentes remanescentes.

Tabela 14 - Número e porcentagem de necessidades de tratamento em mulheres segundo o tipo de necessidade e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Tipo de Necessidades	Faixa etária							
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Restauração de uma superfície	13.877	38,65	14.834	30,69	14.454	54,66	5.706	39,03
Restauração de duas ou mais superfícies	5.697	15,87	11.521	23,84	6.847	25,89	848	5,80
Coroa por qualquer razão	2.429	6,77	2.208	4,57	-	-	-	-
Tratamento endodôntico mais restauração	578	1,61	-	-	667	2,52	141	0,96
Exodontia	13.322	37,11	19.773	40,91	4.476	16,93	7.923	54,20
Total	35.903	100,00	48.336	100,00	26.444	100,00	14.618	100,00

Tabela 15 - Número e porcentagem de necessidades de tratamento em homens segundo o tipo de necessidade e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Tipo de Necessidades	Faixa etária							
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Restauração de uma superfície	31.970	58,17	18.071	40,41	12.191	30,65	19.158	38,24
Restauração de duas ou mais superfícies	4.932	8,97	2.901	6,49	7.189	18,08	8.366	16,70
Coroa por qualquer razão	1.965	3,58	2.719	6,08	3.415	8,59	605	1,21
Tratamento endodôntico mais restauração	711	1,29	672	1,50	-	-	555	1,11
Exodontia	15.383	27,99	20.360	45,52	16.975	42,68	21.419	42,75
Total	54.961	100,00	44.723	100,00	39.770	100,00	50.103	100,00

As tabelas 14 e 15 mostram que mais da metade da demanda por serviços odontológicos foi para restaurações de uma ou mais superfícies, coroa e tratamento endodôntico.

4.3 - Condição periodontal

4.3.1 – Doença Periodontal

Tabela 16 – Número e percentual de sextantes superiores em mulheres segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Condição do sextante	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sadio	14.270	4,96	11.872	4,13	8.252	2,87	3.270	1,14	37.664	3,98
Sangramento	9.061	3,15	6.280	2,64	3.842	1,76	2.374	1,16	21.557	2,27
Cálculo	5.599	1,95	3.228	1,36	4.540	2,08	795	0,39	14.162	1,49
Bolsa de 3 a 4 mm	5.336	1,86	2.699	1,14	3.043	1,39	901	0,44	11.979	1,26
Bolsa mais 6 mm	653	0,23	-	-	747	0,34	141	0,07	1.541	0,16
Nulos	252.691	87,86	213.623	89,87	197.832	90,64	197.452	96,35	861.598	90,84
Total	287.605	100,00	237.707	100,00	218.260	100,00	204.935	100,00	948.507	100,00

Tabela 17 - Número e percentual de sextantes superiores em homens segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Condição do sextante	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sadio	23.618	11,20	13.799	8,72	5.461	4,51	4.785	4,50	47.663	7,99
Sangramento	7.541	3,58	7.048	4,46	6.894	5,69	4.476	4,21	25.959	4,35
Cálculo	6.151	2,92	4.296	2,72	4.542	3,75	2.378	2,23	17.367	2,91
Bolsa de 3 a 4 mm	4.924	2,33	3.371	2,13	1.799	1,49	1.491	1,40	11.585	1,94
Bolsa mais 6 mm	3.448	1,63	-	-	474	0,39	241	0,23	4.163	0,70
Nulos	165.236	78,34	129.649	81,97	101.952	84,17	93.042	87,43	489.879	82,11
Total	210.940	100,00	158.181	100,00	121.138	100,00	106.426	100,00	596.645	100,00

Tabela 18 - Número e percentual de sextantes inferiores em mulheres segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Condição do sextante	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sadio	24.254	8,43	16.156	6,80	9.720	4,45	5.580	2,72	55.710	5,87
Sangramento	14.381	5,00	9.109	3,83	6.603	3,03	4.152	2,03	34.245	3,61
Cálculo	14.487	5,04	10.916	4,59	10.255	4,70	4.884	2,38	40.542	4,27
Bolsa de 3 a 4 mm	4.361	1,52	4.173	1,76	1.845	0,85	1.775	0,87	12.154	1,28
Bolsa mais 6 mm	1.999	0,70	516	0,22	1.113	0,51	141	0,07	3.769	0,40
Nulos	228.123	79,31	196.837	82,80	188.724	86,46	188.403	91,93	802.087	84,56
Total	287.605	100,00	237.707	100,00	218.260	100,00	204.935	100,00	948.507	100,00

Tabela 19 – Número e percentual de sextantes inferiores em homens segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Condição do sextante	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sadio	19.739	9,36	13.401	8,47	7.305	6,03	5.204	4,89	45.649	7,65
Sangramento	13.266	6,29	11.796	7,46	8.921	7,36	5.525	5,19	39.508	6,62
Cálculo	19.955	9,46	8.995	5,69	10.513	8,68	4.435	4,17	43.898	7,36
Bolsa de 3 a 4 mm	7.376	3,50	3.002	1,90	2.784	2,30	2.304	2,16	15.466	2,59
Bolsa mais 6 mm	3.803	1,80	-	-	-		924	0,87	4.727	0,79
Nulos	146.801	69,59	120.987	76,48	91.615	75,63	87.854	82,55	447.257	74,96
Total	210.940	100,00	158.181	100,00	121.138	100,00	106.426	100,00	596.685	100,00

A avaliação periodontal foi realizada em 17,89% dos sextantes superiores e 15,43% dos sextantes inferiores nas mulheres, e em 21,78% dos sextantes superiores e 33,36% dos sextantes inferiores nos homens.

As mulheres apresentaram maior número de sextantes nulos e menor número de sextantes sadios.

Sangramento, cálculo e bolsas periodontais foram mais prevalentes nos homens.

4.3.2 – Perda de inserção periodontal

Tabela 20 – Número e percentual de sextantes superiores em mulheres segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Condição do sextante	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Perda de 0 - 3 mm	41.008	14,26	27.899	11,74	20.482	9,38	5.069	2,46	94.458	9,96
Perda de 4 - 5 mm	10.867	3,78	9.012	3,79	5.209	2,39	3.058	1,48	28.146	2,97
Perda de 6 - 8 mm	7.583	2,64	1.562	0,66	3.383	1,55	1.439	0,70	13.967	1,47
Perda de 9 - 11 mm	1.281	0,45	-	-	236	0,11	578	0,27	2.095	0,22
Perda de 12 - mm	599	0,21	-	-	-	-	-	-	599	0,06
Não examinados	-	-	-	-	-	-	468	0,22	468	0,05
Nulos	226.267	78,66	199.234	83,81	188.950	86,57	194.791	95,05	809.242	85,32
Total	287.605	100,00	237.707	100,00	218.260	100,00	204.935	100,00	948.507	100,00

Tabela 21 – Número e percentual de sextantes superiores em homens segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Condição do sextante	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Perda de 0 - 3 mm	31.187	14,78	27.255	17,23	16.709	13,79	10.378	9,75	85.529	14,32
Perda de 4 - 5 mm	19.332	9,16	10.367	6,55	6.211	5,13	3.951	3,71	39.861	6,67
Perda de 6 - 8 mm	8.916	4,23	5.870	3,71	2.322	1,92	3.137	2,95	20.245	3,38
Perda de 9 - 11 mm	7.047	3,34	904	0,57	1.304	1,08	205	0,19	9.460	1,58
Perda de 12 - mm	662	0,31		-	-	-	714	0,67	1.376	0,23
Não examinados	-	-	-	-	-	-	116	0,10	116	0,02
Nulos	143.796	68,18	113.785	71,94	94.592	78,08	88.041	82,72	440.330	73,80
Total	210.940	100,00	158.181	100,00	121.138	100,00	106.426	100,00	596.645	100,00

Tabela 22 – Número e percentual de sextantes inferiores em mulheres segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Condição do sextante	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Perda de 0 - 3 mm	43.822	15,24	34.058	14,33	21.962	10,06	8.531	4,15	108.373	11,42
Perda de 4 - 5 mm	22.525	7,83	16.654	7,01	13.589	6,23	6.673	3,24	59.441	6,26
Perda de 6 - 8 mm	8.689	3,02	3.550	1,49	4.912	2,25	4.262	2,04	21.413	2,25
Perda de 9 - 11 mm	1.663	0,58	1.923	0,81	381	0,17	1.518	0,74	5.485	0,57
Perda de 12 - mm	0	0	646	0,27	0	0	0	0	646	0,06
Não examinados	0	0	0	0	0	0	468	0,21	468	0,05
Nulos	210.906	73,33	180.876	76,09	177.416	81,29	184.419	89,98	753.149	79,40
Total	287.605	100,00	237.707	100,00	218.260	100,00	204.935	100,00	948.507	100,00

Tabela 23 - Número e percentual de sextantes inferiores em homens segundo condição do sextante e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Condição do sextante	Faixa etária									
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perda de 0 - 3 mm	33.139	15,71	29.474	18,63	15.879	13,11	7.890	7,39	86.382	14,47
Perda de 4 - 5 mm	29.827	14,13	16.654	10,53	12.950	10,69	11.069	10,39	70.500	11,82
Perda de 6 - 8 mm	19.236	9,12	5.589	3,53	8.616	7,11	2.658	2,47	36.099	6,04
Perda de 9 - 11 mm	4.801	2,28	2.078	1,32	1.611	1,33	1.481	1,38	9.971	1,67
Perda de 12 - mm	2.079	0,99	-	-	-	-	515	0,46	2.594	0,43
Não examinados	-	-	-	-	-	-	116	0,1	116	0,02
Nulos	121.858	57,77	104.386	65,99	82.082	67,76	82.813	77,81	391.139	65,55
Total	210.940	100,00	158.181	100,00	121.138	100,00	106.426	100,00	596.645	100,00

A verificação da perda de inserção periodontal foi realizada em 14,63% dos sextantes superiores e 20,55% dos sextantes inferiores nas mulheres, e em 26,18% dos sextantes superiores e em 34,01% dos sextantes inferiores, nos homens.

Perda de inserção de até 5 mm foi identificada em 77,89% dos sextantes.

Perda óssea de até 3 mm foi mais prevalente em ambos os sexos.

4.4 - Uso de Prótese Dentária

Tabela 24 - Número e porcentagem de mulheres segundo o uso de prótese dentária superior e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Uso de prótese	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não usa prótese	11.058	11,53	8.728	11,02	8.095	11,13	9.341	13,67	37.222	11,77
Usa prótese fixa	7.059	7,37	3.322	4,19	1.966	2,70	977	1,43	13.324	4,21
Usa prótese removível	9.940	10,36	6.752	8,52	6.402	8,80	4.720	6,91	27.814	8,80
Usa prótese fixa e removível	665	0,69	-	-	1.072	1,47	588	0,86	2.325	0,74
Usa prótese total	67.148	70,04	60.432	76,27	55.217	75,90	52.686	77,13	235.483	74,48
Total	95.870	100,00	79.234	100,00	72.752	100,00	68.312	100,00	316.168	100,00

Tabela 25 - Número e porcentagem de homens segundo o uso de prótese dentária superior e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Uso de prótese	Faixa etária									
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não usa prótese	22.256	31,70	17.695	33,56	10.855	26,88	8.642	24,36	59.448	29,89
Usa prótese fixa	1.289	1,82	609	1,16	2.524	6,25	410	1,16	4.832	2,43
Usa prótese parcial removível	10.432	14,82	6.752	11,86	5.957	14,75	4.961	13,99	27.602	13,88
Usa prótese fixa e removível	740	1,04	-	-	-	-	-	-	740	0,37
Usa prótese total	35.589	50,62	28.165	53,42	21.037	52,12	21.459	60,50	106.250	53,43
Total	70.306	100,00	52.721	100,00	40.373	100,00	35.472	100,00	198.872	100,00

Tabela 26 - Número e porcentagem de mulheres segundo o uso de prótese dentária inferior e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Uso de prótese	Faixa etária									
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não usa prótese	30.879	32,21	28.058	35,41	24.998	34,36	24.632	36,06	108.567	34,34
Usa prótese fixa	4.980	5,19	981	1,23	876	1,20	977	1,43	7.814	2,47
Usa prótese parcial removível	23.176	24,17	11.966	15,10	9.973	13,71	6.665	9,75	51.780	16,38
Usa prótese fixa e removível	1.903	1,98	1.067	1,35	1.006	1,38	142	0,21	4.118	1,30
Usa prótese total	34.932	36,45	37.162	46,91	35.899	49,35	35.896	52,55	143.889	45,51
Total	95.870	100,00	79.234	100,00	72.752	100,00	68.312	100,00	316.168	100,00

Tabela 27 - Número e porcentagem de homens segundo o uso de prótese dentária inferior e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Uso de prótese	Faixa etária								Total	
	65 -69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não usa prótese	30.795	43,80	25.712	48,77	15.977	39,57	14.198	40,02	86.682	43,59
Usa prótese fixa	2.026	2,88	1.304	2,47	2.248	5,56	-	-	5.578	2,80
Usa prótese parcial removível	13.629	19,39	6.871	13,03	11.454	28,38	7.494	21,13	39.448	19,84
Usa prótese total	23.856	33,93	18.834	35,73	10.695	26,49	13.779	38,85	67.164	33,77
Total	70.306	100,00	52.721	100,00	40.374	100,00	35.471	100,00	198.872	100,00

Entre as mulheres, 74,48% usam prótese total na arcada superior enquanto que entre os homens o uso atinge 53,43%. Na arcada inferior a prótese total é usada por 45,51% das mulheres e 33,77% dos homens.

Na arcada superior, 11,77% das mulheres e 29,89% dos homens não usam prótese enquanto que na arcada inferior o percentual foi de 34,34% e 43,59% respectivamente.

Quanto à prótese removível, 8,80% das mulheres e 13,88% dos homens usavam na arcada superior e 16,38% das mulheres e 19,84% dos homens usavam na arcada inferior.

4.5 - Necessidade de Prótese Dentária

Tabela 28 – Número e porcentagem de mulheres que necessitam de prótese dentária superior segundo o tipo de prótese e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Necessidade de prótese	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não necessita	77.550	80,89	61.938	78,17	58.394	80,26	50.671	74,18	248.553	78,61
Necessita 1 prótese fixa	2.194	2,29	470	0,59	-	-	-	-	2.664	0,84
Necessita prótese parcial removível	3.523	3,68	2.521	3,19	1.407	1,93	976	1,43	8.427	2,67
Necessita de combinação de prótese	3.579	3,73	3.733	4,71	3.671	5,05	742	1,09	11.725	3,71
Necessita prótese total	9.024	9,41	10.573	13,34	9.280	12,76	15.576	22,79	44.453	14,06
Sem informação	-	-	-	-	-	-	346	0,51	346	0,11
Total	95.870	100,00	79.235	100,00	72.752	100,00	68.311	100,00	316.168	100,00

Tabela 29 – Número e porcentagem de homens que necessitam de prótese dentária superior segundo o tipo de prótese e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Necessidade de prótese	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não necessita	48.428	68,88	30.930	58,67	25.871	64,08	22.286	62,83	127.515	64,12
Necessita 1 prótese fixa	808	1,15	774	1,47	1.260	3,12	-	-	2.842	1,43
Necessita prótese parcial removível	5.368	7,64	8.111	15,38	2.145	5,31	2.814	7,93	18.438	9,27
Necessita de combinação de prótese	10.343	14,71	3.008	5,71	3.315	8,21	3.846	10,84	20.512	10,31
Necessita prótese total	5.359	7,62	9.898	18,77	7.783	19,28	6.525	18,40	29.565	14,87
Total	70.306	100,00	52.721	100,00	40.374	100,00	35.471	100,00	198.872	100,00

Tabela 30 – Número e porcentagem de mulheres que necessitam de prótese dentária inferior segundo o tipo de prótese e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Necessidade de prótese	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não necessita	59.484	62,05	46.790	59,05	44.034	60,53	37.078	54,28	187.387	59,28
Necessita 1 prótese fixa	2.080	2,17	468	0,59	863	1,19	323	0,47	3.734	1,20
Necessita prótese parcial removível	12.386	12,92	8.008	10,11	8.052	11,07	4.715	6,90	33.161	10,49
Necessita de combinação de prótese	7.320	7,63	7.468	9,43	2.344	3,21	3.459	5,06	20.590	6,50
Necessita prótese total	14.600	15,23	16.500	20,82	17.459	24,00	22.389	32,78	70.948	22,43
Sem informação	-	-	-	-	-	-	348	0,51	348	0,10
Total	95.870	100,00	79.234	100,00	72.752	100,00	68.312	100,00	316.168	100,00

Tabela 31 - Número e porcentagem de homens que necessitam de prótese dentária inferior segundo o tipo de prótese e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Necessidade de prótese	Faixa etária								Total	
	65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não necessita	38.358	54,56	24.309	46,11	22.221	55,04	17.767	50,65	102.855	51,72
Necessita 1 prótese fixa	772	1,10	-	-	538	1,33	-	-	1.309	0,66
Necessita prótese parcial removível	15.903	22,62	11.778	22,34	5.438	13,47	6.230	17,56	39.349	19,79
Necessita de combinação de prótese	10.835	15,41	7.257	13,76	5.028	12,45	2.898	8,17	26.018	13,08
Necessita prótese total	4.438	6,31	9.377	17,79	7.149	17,71	8.376	23,62	29.339	14,75
Total	70.306	100,00	52.721	100,00	40.374	100,00	35.471	100,00	198.872	100,00

Quanto à necessidade de prótese dentária superior, 14,06% das mulheres necessitavam de prótese dentária total enquanto nos homens a necessidade foi de 14,87%.

A necessidade de prótese dentária parcial removível superior nas mulheres foi de 2,67% e nos homens de 9,27%. A necessidade de combinação de próteses, isto é, necessidade de prótese dentária fixa e removível superior, nas mulheres foi de 3,71% enquanto que nos homens foi de 10,31%.

No arco dentário inferior a necessidade de prótese total nas mulheres foi de 22,43% e nos homens de 14,75%.

A necessidade de prótese dentária removível no arco inferior nas mulheres foi de 10,49% e nos homens de 19,79%. A necessidade de combinação de prótese inferior nas mulheres foi de 6,50% e nos homens 13,08%.

4.6 - Lesão de tecidos moles da cavidade bucal

Tabela 32 – Número e porcentagem de idosos que apresentaram algum tipo de lesão de tecidos moles da cavidade bucal segundo sexo e faixa etária. Município de São Paulo, 2006.

Faixa etária	Mulheres		Homens	
	n	%	n	%
65 - 69	16.505	17,22	11.588	16,48
70 - 74	17.528	22,12	8.551	16,22
75 - 79	11.618	15,97	5.480	13,57
80 e mais	14.185	20,77	6.092	17,17
Total	59.836	18,93	31.711	15,95

As mulheres apresentaram maior número de lesões da cavidade bucal que os homens em todas as faixas etárias. Entre as mulheres 18,93% apresentaram algum tipo de lesão nos tecidos moles da cavidade bucal. Quanto aos homens a porcentagem foi de, 15,95%.

Como mostrado, o estudo SABE produziu um extenso banco de dados com várias possibilidades de investigação.

Assim, o objetivo deste estudo foi verificar as condições de saúde bucal na população idosa de 65 anos de idade e mais residente no município de São Paulo em 2006, separando-se as populações em pessoas totalmente edêntulas daquelas com pelo menos um remanescente dentário a fim de evitar que as necessidades desta população fossem subestimadas.

Dois artigos foram produzidos a partir desta divisão; um trata das pessoas com pelo menos um remanescente dentário com enfoque no número de dentes presentes, hígidos, cariados, restaurados e necessidade de tratamento; e outro, do uso e necessidade de prótese dos idosos participantes do estudo.

PARTE II

MINUTAS DOS ARTIGOS

ARTIGO 1 – Condições dentárias dos idosos moradores no Município de São Paulo em 2006

ARTIGO 2 – Uso e necessidade de prótese em idosos moradores no Município de São Paulo em 2006

ARTIGO 1

CONDIÇÕES DENTÁRIAS DOS IDOSOS MORADORES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM 2006

RESUMO

Introdução – O envelhecimento da população tem implicações significativas para a atenção em saúde bucal. O aumento da expectativa de vida da população resultou em diversas mudanças físicas e patológicas que influenciam no tratamento dentário.

Objetivo - Verificar a condição dentária de idosos residentes no Município de São Paulo no ano de 2006. **Método** - Estudo transversal, de base populacional, com exame da cavidade bucal de idosos de 65 anos de idade e mais, em domicílio. Utilizou-se amostra ponderada composta por dois segmentos: o primeiro resultante de sorteio, correspondendo à amostra probabilística e o segundo por composição livre da amostra para grupos ampliados. Foram examinados 1.212 idosos residentes na área urbana do Município de São Paulo. Os exames foram realizados por 15 cirurgiões-dentistas calibrados segundo os critérios metodológicos recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Dos 1.212 idosos examinados fizeram parte deste estudo os que possuíam pelo menos um elemento dentário remanescente na cavidade bucal à época do exame.

Resultados - 50,10% das mulheres na faixa etária de 65-69 anos apresentaram mais de 10 dentes presentes. Na faixa etária de 70-74 anos a porcentagem foi de 45,50%, na faixa etária de 75-79 anos a porcentagem foi de 45% e nos idosos de mais de 80 anos de idade foi de 37,10%. Em todas as faixas etárias mais de 50% dos homens apresentaram mais de 10 dentes presentes. A média de dentes hígidos foi de 5,09 em mulheres e 7,83 nos homens. A média dos dentes cariados foi de 2,55 nas mulheres e 2,86 nos homens. A média dos dentes restaurados foi de 3,97 nas mulheres e 3,18 nos homens. Quanto aos dentes presentes a média nas mulheres foi de 11,62 e nos homens de 13,87. A média da proporção de dentes hígidos em relação aos dentes presentes foi de 47,76% ($p=0,00$) entre as mulheres e de 57,24% ($p=0,00$) entre os homens. A média da proporção de dentes cariados em relação aos dentes presentes foi igual entre os sexos: 23% ($p=0,84$). Quanto à média da proporção de dentes restaurados em relação aos dentes presentes, em mulheres foi de 28,91% ($p=0,00$) e nos homens de 19,41% ($p=0,00$). Com relação à necessidade de tratamento nas mulheres 37,11% necessitam de exodontias e 38,65% de restaurações de uma superfície. Entre os homens, 27,99% necessitam de exodontias e 58,17% de restaurações de uma superfície. **Conclusão** - As mulheres possuíam menor número de dentes presentes que os homens. Dentre os dentes presentes as mulheres tinham maior número de dentes restaurados e os homens maior número de dentes hígidos. A média de dentes cariados foi maior nos homens, porém a média da proporção de dentes cariados em relação aos presentes foi igual entre os sexos. Não foram encontrados idosos com todos os dentes presentes. As maiores necessidades de tratamento foram de restaurações de uma superfície e exodontias, sendo que nas mulheres as porcentagens dessas necessidades foram semelhantes.

Descritores: Saúde bucal. Idoso. Cárie dentária. Estudos populacionais em saúde pública.

SUMMARY

Introduction - The aging of the population has material effects on the oral health care organization. The improvement of population life expectancy results in several physiological and pathological changes that have its influences on dental treatment. **Purpose** - To verify the dental conditions of the elderly population living in the city of São Paulo during 2006. **Methodology** - Transversal study conducted with the elderly population based on take-home clinical exams in the oral cavity of the population with 65 years of age or more. It was used a weighted sample composed by two segments: the first one was selected randomly, which corresponds to the probabilistic sample, and the second was selected by a sample free composition for enlarged groups. 15 dental surgeons examined 1,212 elderly residents in the metropolitan area of the City of São Paulo according to methodological criteria established by the World Health Organization. From 1,212 elderly examined, those who have at that time at least one remaining tooth at the oral cavity were included in the clinical study. **Results** - 50.1% of female population with 65-69 years old have more than 10 remaining teeth; with 70-74 years old the percentage was 45.5%; with 75-79 years old 45% and with 80 years old or more the percentage was 37.1%. The average of healthy teeth was 5.09 for female population and 7.83 for the male population. The average of teeth with caries was 2.55 for female population and 2.86 for male population and the average of restoration was 3.97 for female population and 3.18 for male population. In relation to present teeth the average was 11.62 for female population and 13.87 for male population. The average ratio of healthy to present teeth was 47.76% ($p=0.00$) for female population and 57.24% ($p=0.00$) for male population. The average ratio of present teeth to teeth caries was the same for both sexes: 23% ($p=0.84$). The average ratio of restored teeth to present teeth was 28.91% ($p=0.00$) for female population and 19.41% ($p=0.00$) for male population. As for treatment necessities, 37.11% of female population need extraction and 38.65% need restoration of one surface; among male population 27.99% need extraction and 58.17% need restoration of one surface. **Conclusion** - It was observed that the female population has less present teeth than the male population. As to present teeth, female population has a large number of restorations and male population has a large number of health teeth. The average of teeth with caries was larger among the male population, but the average ratio in relation to present teeth was the same for both sexes. There were no elderly with all present teeth. The primary treatment necessities were restoration of one surface and extraction, and among the female population the percentage of these necessities were similar.

Descriptors: Oral health; Elderly population; Dental caries; Population studies in Public Health.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem implicações significativas para a organização da atenção em saúde bucal. Ainda que as prioridades dos programas nesta área continuem recaindo sobre os grupos de crianças e adolescentes, tanto no Brasil quanto em outros países, são crescentes as preocupações com a atenção à saúde bucal dos idosos. Não obstante esta preocupação, não é boa a condição de saúde bucal desta faixa etária da população. No Brasil, o sucesso obtido na prevenção da cárie em crianças ainda não tem seus reflexos na população idosa.

Perdas dentárias, experiência de cárie, alta prevalência de doença periodontal, além da xerostomia e do câncer bucal, são os principais problemas que acometem a população idosa. Em alguns países desenvolvidos há uma tendência de declínio de perda dentária entre adultos, inclusive em idosos, mas as iniquidades sociais no que diz respeito à saúde bucal, ainda persistem mesmo naqueles países que possuem programas avançados de saúde pública voltados para a saúde bucal (PETERSEN e YAMAMOTO, 2005).

Embora sejam ainda escassos os estudos de base populacional (NARVAI e ANTUNES, 2003), o edentulismo, que neste estudo será definido como ausência total de dentes, tem sido a condição mais prevalente nas várias pesquisas realizadas com idosos no Brasil e no exterior.

Não obstante sua alta prevalência, o uso de próteses dentárias parece dar conta deste problema. Na análise dos dados de autopercepção de saúde bucal do estudo SABE, NARVAI e ANTUNES (2003), concluíram que os idosos que faziam uso de algum tipo de prótese relataram melhor condição bucal.

Por outro lado, a cárie e a doença periodontal interferem negativamente na avaliação da saúde bucal. Dor e sangramento são os principais preditores de auto-avaliação de condição bucal ruim (SILVA, 2001). Além disso, problemas bucais estão relacionados a problemas nutricionais (MARCENE e col., 2003) e a fatores de risco comuns para doenças sistêmicas (DeSTEFANO, 1993).

Num estudo realizado na Suécia, HOLM-PEDERSEN e col. (2005) analisaram a associação da cárie dentária e da doença periodontal com arritmia cardíaca

em pessoas dentadas (n=125), com mais de 80 anos de idade. Constataram que as pessoas com três ou mais lesões de cárie de raiz ativa apresentaram um risco duas vezes maior de apresentar arritmia cardíaca. O risco foi de 2,8 vezes quando a cárie atingia a coroa de um ou dois dentes, e não aumentou quando as pessoas tinham mais de três lesões de cárie de coroa. Estes achados indicaram que poderia haver relação entre cárie e arritmia cardíaca.

Estudos sobre condições de saúde bucal invariavelmente utilizam o índice CPOD (número de dentes cariados (C), perdidos (P) e restaurados (O)) para medir a experiência de cárie das pessoas. Em idosos, o índice CPOD apresenta o componente P com alto valor devido ao grande número de dentes perdidos nessa população. Isto faz com que as médias do índice sejam altas. Soma-se a isso a pequena participação do componenteariado e obturado. Estes três fatores contribuem para mascarar a real necessidade daqueles idosos que possuem dentes, pois a alta prevalência dos edêntulos dá força ao componente perdido. Em que pese a alta prevalência de idosos com índice CPOD igual a 32, quando os dados são inferidos para a população, como no caso do presente estudo, descortina-se uma razoável parcela de idosos carentes de cuidados em saúde bucal voltados para a educação em saúde, prevenção, próteses removíveis, tratamento periodontal, implantes e o que mais se possa oferecer a pessoas com dentes.

É de se esperar que cada vez mais as pessoas envelheçam com mais dentes presentes. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo analisar as condições de saúde bucal dos idosos participantes do Projeto SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (LEBRÃO e LAURENTI, 2005), que ao exame epidemiológico apresentaram pelo menos um elemento dentário remanescente.

METODOLOGIA

A pesquisa SABE - Saúde Bem Estar e Envelhecimento (LEBRÃO e LAURENTI, 2005), de base populacional, foi planejada e organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre os anos de 1997 e 2003, em sete grandes cidades: Bridgetown (Barbados); Buenos Aires (Argentina); Havana (Cuba); México (México); Montevideu (Uruguai); Santiago (Chile) e São Paulo (Brasil). O estudo caracterizado por ser multicêntrico, transversal, simultâneo e rigorosamente comparável foi o primeiro dessa natureza na região da América Latina e Caribe.

O questionário do estudo foi aplicado em 2.143 pessoas de 60 anos e mais, residentes no Município de São Paulo (Brasil) no ano de 2000. Essa amostra foi composta por dois segmentos: o primeiro, resultante de sorteio, correspondente à amostra probabilística formada por 1.568 entrevistas. O segundo, formado por 575 residentes nos distritos em que foram realizadas as entrevistas anteriores, correspondeu ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nesta faixa etária. Para sorteio de domicílios usou-se o método de amostragem por conglomerados em dois estágios sob o critério de partilha proporcional ao tamanho. Um cadastro permanente de 72 setores censitários, existente no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, foi considerado a amostra de primeiro estágio. Essa amostra foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1995, composto por 263 setores censitários sorteados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio foi aproximado para 90. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada através da localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados. Cada questionário teve um peso calculado de acordo com o setor censitário de que fazia parte ($\text{peso} = 1/f$) e, para os questionários realizados com indivíduos em domicílios que foram selecionados, porém não sorteados (faixa etária 75 anos e mais), o cálculo do peso foi realizado de acordo com a relação da população de idosos (de ambos os sexos) nessas

faixas etárias, residentes no Município de São Paulo em 1998, e o número de idosos nessas mesmas faixas encontradas na amostra final do estudo.

Em 2006, a pesquisa teve continuidade no Município de São Paulo, transformando-se em um estudo longitudinal que buscou as pessoas entrevistadas em 2000 para aplicação do questionário para coleta de informações sobre as atuais condições de vida e saúde, exame bucal e tomada de medidas antropométricas.

A coleta de dados foi realizada de março de 2006 a maio de 2007.

O exame da cavidade bucal dos idosos foi realizado utilizando-se os índices, critérios e recomendações, contidos no manual sobre levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997).

Foram treinados 15 cirurgiões-dentistas, sendo que a parte teórica do treinamento foi realizada em 4 horas e a parte prática em 16 horas.

Os exames bucais e as medidas antropométricas foram realizados nos domicílios dos idosos. Procurou-se realizar os exames em local iluminado, amplo, com o idoso sentado e com a cabeça posicionada para trás e o examinador em frente a este.

Para a verificação da concordância inter-examinadores para diagnóstico de cárie foi utilizado o coeficiente Kappa sendo utilizada a concordância a cada elemento dentário entre os examinadores. O valor da estatística Kappa obtido foi de 0,90 para observação de cárie, considerado de ótima concordância.

Para os exames foram utilizadas sondas CPI, espelhos bucais planos número 5 e espátulas de madeira. O tamanho da amostra examinada foi de 1.212 idosos (coorte A06), que correspondeu aos sobreviventes da coorte entrevistada no ano 2000 (coorte A00) e representou 515.040 pessoas com mais de 65 anos de idade. Os dados contidos nas fichas dos exames foram digitados utilizando-se o programa Epi Data versão 3.0, num total de 153.924 toques sendo 117 incorretos, perfazendo 0,08% de erros de digitação. As análises estatísticas foram efetuadas usando-se três pacotes estatísticos: Epi Info 6.0, Stata versão 7 e SPSS versão 13.0.

A análise dos dados foi feita aplicando-se os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Para todos os testes estatísticos adotou-se um nível de significância de 5%.

Os dados podem ser inferidos para a população de 65 anos e mais residente no município de São Paulo no ano de 2006.

RESULTADOS

Os resultados descritos a seguir se referem aos idosos que ao exame bucal, apresentaram pelo menos um elemento dentário remanescente. Dos 1.212 idosos examinados 505 apresentaram essa condição. As 505 pessoas examinadas representaram 246.517 idosos (41,7%). Todas as tabelas e figuras serão apresentadas com os dados expandidos para a população de idosos com mais de 65 anos de idade moradores no município de São Paulo em 2006. Dentre esses, 52,6% eram mulheres cuja média de idade foi de 72,5 anos ($\pm 5,61$) e 47,4% eram homens com a média de idade de 72,8 anos ($\pm 5,60$).

Tabela 1- Número, média de idade, desvio padrão e percentual de idosos segundo sexo. São Paulo, SP. 2006 (n=247.218).

Sexo	n	Média de idade	DP	%	Valor de p
Mulheres	129.618	72,50	5,61	52,60	p=0,00
Homens	117.600	72,80	5,60	47,40	p=0,00
Total	247.218	72,60	5,61	100,00	p=0,00

Dentre os idosos que apresentaram ao exame da cavidade bucal pelo menos um elemento dentário remanescente, 52,60% eram mulheres cuja média de idade foi de 72,5 anos ($\pm 5,61$) e 47,40% eram homens com a média de idade de 72,8 anos ($\pm 5,60$).

Figura 1 - Porcentagem de mulheres segundo o número de dentes presentes por faixa etária. São Paulo, SP. 2006.

A Figura 1 mostra que 50,1% das mulheres na faixa etária de 65-69 anos apresentaram mais de 10 dentes presentes. Na faixa etária de 70-74 anos a porcentagem de mais de 10 dentes presentes foi de 45,50%, na faixa etária de 75-79 anos esta porcentagem foi de 45% e na faixa etária de 80 anos e mais de 37,10%.

Figura 2 - Porcentagem de homens segundo o número de dentes presentes por faixa etária. São Paulo, SP. 2006.

A Figura 2 mostra que em todas as faixas etárias, mais de 50% dos homens apresentaram mais de 10 dentes presentes.

Tabela 2 – Médias, desvios padrão e proporções de dentes hígidos, cariados, restaurados e presentes segundo sexo. São Paulo, SP. 2006 (n=247.218).

Dentes	Mulheres			Homens			Total		
	Média	DP	%	Média	DP	%	Média	DP	%
Hígidos	5,09	4,30	43,80	7,83	5,75	56,45	6,40	5,22	50,43
Cariados	2,55	3,56	21,94	2,86	3,64	20,62	2,70	3,60	21,28
Restaurados	3,97	4,70	34,17	3,18	4,36	22,93	3,59	4,56	28,29
Presentes	11,62	7,49	100,00	13,87	7,69	100,00	12,69	7,67	100,00

* Percentuais em relação aos dentes presentes.

p=0,00 para todas as médias.

A Tabela 2 mostra que a média de dentes hígidos e restaurados se apresentou maior do que a média de dentes cariados nos dois sexos.

Entre as mulheres 77,97% dos dentes presentes estavam hígidos ou restaurados (p=0,00). Entre os homens, a porcentagem de dentes hígidos ou restaurados foi de 79,38% (p=0,00).

Tabela 3 – Média, desvio padrão, limite inferior e limite superior de dentes presentes, cariados e restaurados em mulheres. Município de São Paulo. SP. 2006 (n= 129.618).

Faixa etária	n	Dentes	Média	DP	LI	LS	Valor de p
65l-169	51.830	Cariados	2,81	4,28	2,77	2,85	0,00
		Restaurados	4,49	5,21	4,45	4,53	0,00
		Presentes	12,48	7,94	12,41	12,55	0,00
70l-174	34.661	Cariados	2,69	3,12	2,66	2,72	0,00
		Restaurados	3,86	4,38	3,81	3,91	0,00
		Presentes	11,68	7,40	11,60	11,76	0,00
75l-179	26.826	Cariados	2,42	3,01	2,38	2,46	0,00
		Restaurados	3,81	4,61	3,75	3,87	0,00
		Presentes	11,50	7,36	11,41	11,59	0,00
80l-	16.301	Cariados	1,66	2,44	1,62	1,70	0,00
		Restaurados	2,80	3,36	2,75	2,85	0,00
		Presentes	8,94	5,50	8,86	9,02	0,00
Total	129.618	Cariados	2,55	3,56	2,53	2,57	0,00
		Restaurados	3,97	4,70	3,94	4,00	0,00
		Presentes	11,62	7,49	11,58	11,66	0,00

DP = Desvio padrão; LI = Limite inferior; LS = Limite superior

Os dados da Tabela 3 mostram que entre as mulheres, as médias dos dentes cariados foram menores que as médias dos dentes restaurados em todas as faixas

etárias. Na população feminina, em média, de 11,62 dentes presentes, 2,55 encontravam-se cariados e 3,97 encontravam-se restaurados. O número de dentes presentes diminuiu com o aumento da idade.

Tabela 4 – Média, desvio padrão, limite inferior e limite superior de dentes presentes, cariados e restaurados em homens. Município de São Paulo, SP, 2006 (n= 117.600).

Faixa etária	n	Dentes	Média	DP	LI	LS	Valor de p
65 - 69	46.310	Cariados	2,36	3,76	2,33	2,39	0,00
		Restaurados	3,23	4,53	3,19	3,27	0,00
		Presentes	14,85	7,39	14,78	14,92	0,00
70 - 74	30.732	Cariados	2,74	3,79	2,70	2,78	0,00
		Restaurados	3,53	4,67	3,48	3,58	0,00
		Presentes	14,93	7,64	14,84	15,02	0,00
75 - 79	23.881	Cariados	3,75	3,45	3,71	3,79	0,00
		Restaurados	2,86	3,81	2,81	2,91	0,00
		Presentes	12,16	8,22	12,06	12,26	0,00
80 -	16.667	Cariados	3,20	2,98	3,15	3,25	0,00
		Restaurados	2,88	3,95	2,82	2,94	0,00
		Presentes	11,65	6,86	11,55	11,75	0,00
Total	117.600	Cariados	2,86	3,64	2,84	2,88	0,00
		Restaurados	3,18	4,36	2,82	2,94	0,00
		Presentes	13,87	7,69	13,83	13,91	0,00

DP = Desvio padrão; LI = Limite inferior; LS = Limite superior

Quanto aos homens, a Tabela 4 mostra que nas faixas etárias de 65|-|69 anos e 70|-|74 anos as médias dos dentes cariados foram menores que as médias dos dentes restaurados. Nas faixas etárias de 75|-|79 anos e 80|- e mais anos as médias dos dentes cariados foram maiores que as médias dos dentes restaurados. Na população masculina, em média, de 13,87 dentes presentes, 2,86 encontravam-se cariados e 3,18 encontravam-se restaurados. O número de dentes presentes diminuiu com o aumento da idade.

A distribuição de frequência de dentes hígidos variou de 0 a 25; de dentes cariados de 0 a 22; de dentes restaurados de 0 a 21 e de dentes presentes de 1 a 28 entre as mulheres. Entre os homens a distribuição de frequência de dentes hígidos variou de 0 a 24; de dentes cariados de 0 a 18; de dentes restaurados de 0 a 22 e de dentes presentes de 1 a 31.

Tabela 5 – Média da proporção, desvio padrão, limite inferior e limite superior de dentes cariados e restaurados segundo sexo. Município de São Paulo, SP. 2006 (n= 247.218).

	Mulheres					Homens					Valor de p
	n	Média	DP	LI	LS	n	Média	DP	LI	LS	
Proporção de dentes cariados		23,31	30,19	23,15	23,47		23,34	27,87	23,18	23,50	0,84
Proporção de dentes restaurados	129.618	28,91	27,90	28,76	29,06	117.600	19,41	21,52	19,29	19,53	0,00
Proporção de dentes hígidos		47,76	32,83	47,58	47,94		57,24	30,33	57,07	57,41	0,00

DP = Desvio padrão; LI = Limite inferior; LS = Limite superior

A média da proporção de dentes cariados em relação aos dentes presentes foi igual entre os sexos: 23% ($p=0,84$). Quanto à média da proporção de dentes restaurados em relação aos dentes presentes, em mulheres foi de 28,91% ($p=0,00$) e entre os homens de 19,41% ($p=0,00$). A proporção de dentes hígidos em relação aos dentes presentes foi de 47,76% ($p=0,00$) entre as mulheres e de 57,24 ($p=0,00$) entre os homens.

Figura 3 – Porcentagem de dentes em mulheres segundo o tipo de tratamento e faixa etária. São Paulo, SP. 2006.

Em mulheres as necessidades de exodontia e restaurações de uma superfície foram semelhantes: 37,11% e 38,65%, respectivamente (Figura 3).

Figura 4 – Porcentagem de dentes em homens segundo o tipo de tratamento e faixa etária. São Paulo, SP. 2006.

Em homens a maior necessidade de tratamento foi por restaurações de uma superfície (58,17%). A necessidade de exodontia foi de 27,99% (Figura 4).

DISCUSSÃO

O fenômeno da transição demográfica e suas implicações têm levado os países de todo o mundo a voltar sua atenção para a saúde bucal e suas conseqüências na saúde geral e qualidade de vida dos idosos (SHEIHAM e WATT, 2000)

Os índices de cárie na população adulta e idosa variam amplamente entre os países e dentro dos países conforme mostram as pesquisas realizadas a fim de avaliar as condições de saúde bucal dessa faixa etária.

Alguns pesquisadores relatam melhora da saúde bucal com diminuição da prevalência de cárie e do edentulismo; outros referem precárias condições de saúde bucal com alta prevalência de cárie, inclusive cáries radiculares (O'MULANE e WELTON, 1994; FURE e ZICKERT, 1997; KALSBECK e col, 1998; LYNCH e col, 2000).

ETTINGER (1993), numa revisão sobre a saúde oral dos idosos no mundo, concluiu que a cárie é o principal problema de saúde bucal dos idosos, levando a perdas dentárias e conseqüente edentulismo.

PETERSEN e YAMAMOTO (2005) relatam que a média de dentes cariados e restaurados entre idosos nos países em desenvolvimento está entre 2,2 e 5,3%. Na China, um inquérito de saúde bucal mostrou que a média de dentes cariados e restaurados foi de 2,5 entre os idosos.

Sabe-se que não são boas as condições de saúde bucal dos idosos brasileiros. Vários estudos têm sido levados a efeito para conhecer a situação de saúde bucal dessa população. Apesar desse interesse a maior parte das investigações sobre idosos refere-se a populações institucionalizadas (SILVA, 1999; CARNEIRO, 2001; MENEZHIN, 2002). São ainda poucos os estudos epidemiológicos de base populacional voltados às condições de saúde bucal no Brasil (NARVAI e ANTUNES, 2003).

No Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998 (SES-FSP, 1999), foram examinados 4.894 idosos (3.035 mulheres e 1.859 homens) de 65 a 74 anos, usuários de serviços de saúde e associados de grêmios variados. Houve, em média, 0,67 dentes cariados, 1,27 dentes restaurados e 27,06 dentes perdidos..

Em 2004 foram publicados os resultados do mais abrangente levantamento epidemiológico realizado na área de saúde bucal no Brasil. O projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (BRASIL, 2004) obteve dados para a população brasileira entre 65 e 74 anos. Foram examinados 5.349 idosos; o componente cariado apresentou média de 0,65, o componente restaurado média de 0,91 e o componente perdido média de 26,24.

MESAS e col. (2006) encontraram em idosos de uma comunidade de Londrina, PR, em média 2,9 dentes cariados, 2,2 dentes restaurados e 20,4 dentes perdidos entre os homens e 1,0 dentes cariados, 2,2 dentes restaurados e 26,3 dentes perdidos entre as mulheres.

A média de dentes perdidos teve alta participação nos estudos acima que analisaram os dados da população como um todo sem dividir a amostra em pessoas edêntulas (ausência de todos os dentes) daquelas não edêntulas.

O Projeto SABE (LEBRÃO e LAURENTI, 2005) é um estudo de base populacional. Os dados obtidos podem ser inferidos para a população de 65 anos e mais de idade moradora no município de São Paulo em 2006 e representou 515.040 idosos. Desses, 48% (246.517) possuíam à época do exame bucal pelo menos um elemento dentário remanescente. Os dados descritos neste artigo dizem respeito a essa população. Considerou-se importante separar da amostra as pessoas edêntulas dado que o número de dentes perdidos, devido ao seu alto valor entre idosos, tende a mascarar as necessidades daqueles que possuem dentes. Além disso, as análises efetuadas não consideraram o número de dentes perdidos da amostra aqui estudada para desta forma, procurar conhecer as reais condições dos dentes cariados, restaurados e hígidos da população.

O Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988) apresentou dados para a população de 50 a 59 do município de São Paulo. A média de dentes presentes encontrada foi de 7,92, a média de dentes cariados foi de 0,95 e a média de dentes obturados foi de 1,94.

ROSA e col. (1989), num estudo com uma mostra representativa dos idosos moradores no município de São Paulo encontraram uma média de 2 dentes hígidos entre os idosos não institucionalizados.

Os estudos citados analisaram os dados da população como um todo sem dividir a amostra em pessoas edêntulas (ausência de dentes) daquelas não edêntulas.

No presente estudo, onde foi realizada esta divisão, a média de dentes presentes foi de 12,69 ($\pm 3,60$), a média de dentes cariados foi de 2,70 e a média de dentes restaurados foi de 3,59 ($\pm 4,56$).

As mulheres apresentaram menor número de dentes presentes como já foi mostrado em outros estudos (SILVA, 1999; MESAS e col., 2006). Com exceção da faixa etária de 65-169 anos, nenhuma outra apresentou porcentagens iguais ou maiores que 50% com relação à presença de mais de 9 dentes. Isto pode ser atribuído ao fato das mulheres procurarem os serviços de saúde com maior assiduidade e terem sido submetidas às práticas odontológicas mutiladoras das décadas passadas.

Entre os homens, a presença de mais de 9 dentes foi maior que 50% em todas as faixas etárias.

Pode-se sugerir que os homens encontraram maior dificuldade no acesso aos serviços odontológicos seja por características dos serviços ou pelo fato de apresentarem maior resistência em procurar os serviços de saúde. Tanto é assim que apresentaram maiores médias de dentes cariados que as mulheres, embora a média da proporção de dentes cariados em relação aos dentes presentes tenha sido igual para ambos os sexos (23%; $p=0,84$). Por outro lado, as mulheres apresentaram maiores médias de dentes restaurados; 3,97 ($\pm 4,70$). Entre os homens a média foi de 3,18 ($\pm 4,36$). Ainda assim, a média de dentes hígidos foi maior entre o sexo masculino (7,83; $\pm 5,75$) do que no sexo feminino (5,09; $\pm 4,30$).

Embora os homens tenham menor acesso aos serviços odontológicos e a média de dentes cariados tenha sido maior entre eles, podemos admitir que a saúde bucal masculina apresentou-se melhor que a feminina já que entre os homens houve maior número de dentes presentes, maior número de dentes hígidos, menor número de dentes restaurados e a média da proporção de dentes cariados foi igual a das mulheres.

A média do componente cariado foi de 2,55 ($\pm 3,56$) nas mulheres e 2,86 ($\pm 3,64$) nos homens. Foi baixa a média de dentes cariados não só pela pequena quantidade de dentes presentes, mas também porque a média de dentes hígidos foi de 5,09 ($\pm 4,30$) dentre 11,62 ($\pm 7,49$) presentes, nas mulheres. Nos homens, a média de dentes hígidos foi de 7,83 ($\pm 5,75$) para 13,87 ($\pm 7,69$) presentes. Poder-se-ia sugerir que entre os idosos a cárie não é tão prevalente, pois a maioria dos dentes presentes se encontrava hígido ou restaurado.

Pesquisas realizadas na Europa (O'MULLANE e WHELTON, 1994) mostram que é crescente o número de raízes cariadas entre os idosos. O mesmo não ocorreu na população estudada que apresentou uma média de raízes cariadas de 0,16 nas mulheres ($\pm 0,61$) e de 0,27 nos homens ($\pm 0,84$). A prevalência de cárie de raiz foi baixa; a grande maioria das raízes mesmo expostas encontrava-se hígidas. Os resultados são semelhantes aos encontrados para o Brasil segundo dados do Projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2003).

A perda total de dentes é tida como algo normal pela sociedade, algo que fatalmente acontecerá com o avançar da idade, e não como o reflexo da falta de políticas preventivas e de saúde voltadas à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (PUCCA JR, 1998).

A proporção de dentes cariados foi de 23%. Cerca de 1 a cada 4 dentes encontra-se cariado em ambos os sexos.

Em ambos os sexos as maiores necessidades de tratamento foram por restaurações de uma superfície e exodontias. Em mulheres as necessidades de restaurações e exodontias foram semelhantes, prova de que ainda continuam sujeitas a mutilação dentária.

É de se esperar que cada vez mais a população idosa permaneça com maior número de dentes, o que demandará dos serviços uma nova abordagem de cuidado em saúde bucal. Na população estudada, 21,90% das mulheres e 27,92% dos homens possuíam 20 ou mais dentes presentes.

Boas condições de saúde bucal são essenciais para uma boa qualidade de vida. Muito embora 44,4% das mulheres e 32,9% dos homens façam uso de prótese total

superior e inferior, há idosos que não as usam e dentre estes há aqueles que possuem dentes e demandam serviços.

Assim, faz-se necessário estabelecer novas abordagens no tratamento preventivo e curativo, procurando manter boas condições de saúde bucal, essenciais para uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003 – condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília:2004.

Carneiro, RMV. Saúde bucal em idosos institucionalizados na Cidade de São Paulo: Estudo epidemiológico e de auto-percepção. São Paulo, 2001. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo].

DeStefano F, Anda RF, Kahn HS, Williamson DF, Russell CM. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. *BMJ* 1993; 306:688-691.

Ettinger RL. Oral health needs of the elderly – an international review. *Int. Dental Journal* 1993; 43(4): 348-54.

Fure S, Zickert I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60, 70 and 80-year-old Swedish individuals. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:137-142.

Holm-Pedersen P, Avlund K, Morse DE, Stoltze K, Katz RV, Viitanen M, Winblad B. Dental Caries, Periodontal Disease, and Cardiac Arrhythmias in Community-Dwelling Older Persons Aged 80 and Older: Is There a Link? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(3):430–437.

Kalsbeek H, Truin GJ, Van Rossum GM, Van Rukom HM, Poorterman JH, Verrips GH. Trends in caries prevalence in Dutch adults between 1983 and 1995. *Caries Res* 1998; 32(3):160-165.

Lebrão, ML Laurenti, R. – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: O estudo Sabe no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.

Lynch E, Baysan A, Ellwood R, Davies R, Petersson L, Borsboon P. Effectiveness of two fluoride dentifrices to arrest root carious lesions. *Am J Dent*. 2000;13(14):218-220.

Marcene W, Steele JG, Sheiham A. A relação entre estado dentário, seleção alimentar, ingestão de nutrientes, estado nutricional e índice de massa corporal em idosos. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):809-16.

Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba – SP. *Pesqui Odontol Brás* 2002;(16):50-6.

Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Oral health status of community-dwelling elderly in Londrina, Paraná, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2006;9(4):471-480.

Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal, zona urbana 1986. Brasília, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1988.

Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Oliveira YA (org). *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS; 2003.119-40.

O’Mullane DM, Whelton H. Caries prevalence in the Republic of Ireland. *Int Dent J* 1994;44(4- Supl. 1):387-391.

Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:81–92.

Pucca Jr GA. Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no município de São Paulo. São Paulo, 1998. [Dissertação – Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo].

Rosa AGF, Castellanos FRA, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 1992 Jun [citado 2007 Jul 29]; 26(3): 155-160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000300005&

SES-FSP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1998. São Paulo, 1999.

Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2000;28(6): 399–406.

Silva, SRC. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade. São Paulo, 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

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

World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th. ed. Geneva: WHO; 1997.

ARTIGO 2

USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA EM IDOSOS MORADORES DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM 2006

RESUMO

Introdução - A alta prevalência do edentulismo é fato comum entre os idosos do mundo todo, variando de acordo com o nível de desenvolvimento dos países. No Brasil, a prevalência do edentulismo é alta entre os idosos. **Objetivo** - Verificar uso e necessidade de prótese dentária em idosos residentes no Município de São Paulo no ano de 2006. **Método** - Estudo transversal, de base populacional, com exame clínico da cavidade bucal dos idosos de 65 anos e mais em domicílio. Utilizou-se uma amostra ponderada composta por dois segmentos: o primeiro resultante de sorteio, correspondendo à amostra probabilística e o segundo por composição livre da amostra para grupos ampliados. Foram examinados 1.212 idosos residentes na área urbana do município de São Paulo. Os exames foram realizados por 15 cirurgiões-dentistas calibrados segundo os critérios metodológicos recomendados pela Organização Mundial da Saúde. **Resultados** - A prevalência do edentulismo foi de 69,40% nas mulheres e 30,60% nos homens; 74,48% das mulheres e 53,43% dos homens faziam uso de prótese dentária total superior e 45,51% das mulheres e 33,77% dos homens faziam uso de prótese dentária total inferior. Uso de prótese dentária total superior e inferior teve prevalência de 44,40% em mulheres e 32,90% em homens. O uso de prótese dentária parcial removível foi mais comum na arcada inferior em mulheres (16,38%). A média da população de necessitava de prótese dentária total, mas não a usava foi de 5,70 sendo que a porcentagem foi maior na população masculina (14,78%). A necessidade de prótese dentária total teve maior prevalência seguida da necessidade de prótese dentária parcial removível. Dentre os idosos que usavam outros tipos de prótese dentária a média de dentes presentes foi de 11,62 nas mulheres e 13,84 nos homens. **Conclusão** - A prevalência do edentulismo é alta entre a população idosa paulistana sendo maior nas mulheres. A julgar pela pequena porcentagem de pessoas que não usam, mas necessitam de prótese dentária, pode-se concluir que não há dificuldade de acesso para este tipo de necessidade. A prevalência do uso de prótese dentária total superior e inferior foi maior nas mulheres enquanto que a necessidade foi maior entre os homens. Houve diminuição de 13% do edentulismo entre os anos de 1989 e 2006.

Descritores: Saúde bucal. Idoso. Edentulismo. CPOD. Estudos populacionais em saúde pública.

SUMMARY

Introduction - The high prevalence of edentulism is a common event among the worldwide elderly population, varying according to the development level of the countries. In Brazil, the prevalence of edentulism is high among the elderly. **Purpose** - To verify the use and necessity of prosthesis implanted in the elderly population living in the municipality of São Paulo during 2006. **Methodology** - Transversal study based on take-home clinical exams in the oral cavity of the population with 65 years of age or more. It was used a weighted sample composed by two segments: the first one was selected randomly, which corresponds to the probabilistic sample, and the second was selected by a sample free composition for enlarged groups. 15 dental surgeons examined 1212 elderly residents in the metropolitan area of São Paulo according to methodological criteria established by the World Health Organization. **Results** - The prevalence of edentulism was 69.4% for the female population and 30.6% for the male population; 74.48% of women and 53.43% of men have total superior prosthesis implanted and 45.51% of women and 33.77% of men have total inferior prosthesis implanted. The use of total superior and inferior prosthesis prevailed in 44.40% of the female population and 32.90% of the male population. The use of removable partial prosthesis was more common in the inferior arcade among women (16.38%). The average of population in the need but which has no total prosthesis was 5.70%, and the largest percentage was found among the male population (14.78%). The necessity of total prosthesis was more prevailing, followed by removable partial prosthesis. Among the elderly population that has other prosthesis types implanted, the average of present teeth was 11.62 for the female population and 13.84 for the male population. **Conclusion** - The prevalence of edentulism is high among the elderly population in the city of São Paulo, with a higher concentration in the female population. Due to the small percentage of people that do not use prosthesis, but are in the need of one, it can be concluded that there are no access difficulties for this type of service. The prevalence of total dental superior and inferior prostheses is higher among the female population, but their necessity was higher among the male population. There was a 13% reduction from 1989 to 2006.

Descriptors: Oral health; elderly population; edentulism; population studies in Public Health

INTRODUÇÃO

Os problemas bucais têm um impacto negativo na vida das pessoas, em particular entre pessoas idosas. Perdas dentárias extensas reduzem a efetividade da mastigação, provocam mudanças na alimentação sendo um fator de risco para perda de peso entre idosos. Além disso, as pessoas edêntulas tendem a adquirir uma dieta pobre em fibras.

Os problemas com a mastigação em idosos, podem ter efeitos negativos nas relações sociais devido a problemas de comunicação. Sendo assim, a saúde bucal está intimamente relacionada com a saúde geral do indivíduo devido aos fatores de risco comum para doenças (DeSTEFANO e col. 1993; SHEIHAM e WATT, 2000).

O edentulismo é prevalente entre os idosos do mundo todo. Entretanto, nos países desenvolvidos, há uma tendência de declínio de perda dentária entre adultos, inclusive em idosos (PETERSEN e YAMAMOTO, 2005; O'MULLANE e WHELTON, 1994; FURE e ZICKERT, 1997; KALSBECK e col., 1998).

Segundo PETERSEN e YAMAMOTO (2005) a prevalência do edentulismo entre os idosos de Madagascar é de 25%; no Canadá é de 58%, na Arábia Saudita em torno de 31% a 46%; na Finlândia é de 41%; na Índia de 19% e na Malásia de 57%.

No Brasil, estereótipos da velhice comprometem a possibilidade de uma qualidade de vida melhor. Em nosso meio, velhice está associada à perda, incapacidade e dependência (PASCHOAL, 2004). Assim, segundo PUCCA Jr (1998), o edentulismo é aceito pela sociedade e pelos profissionais de odontologia como algo normal e natural com o avanço da idade. Vários estudos mostram o edentulismo como um dos principais problemas que acometem a saúde bucal dos idosos (SES-FSP, 1998; SILVA e FERNANDES, 2001; COLUSSI e col., 2004).

Não obstante o interesse pela saúde bucal desse segmento da população, ações curativas, preventivas e de promoção de saúde são escassas e invariavelmente relegadas ao segundo plano. Em 2007 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica nº 19, cujo tema é Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). Não há orientações sobre como avaliar a saúde bucal do idoso. Foram

descritas apenas as atribuições da equipe de saúde bucal no atendimento odontológico. Pode-se concluir que persiste a prática de se colocar a saúde bucal em segundo plano. Este é um dos principais motivos pelos quais a porcentagem de edêntulos entre os idosos no Brasil gira em torno de 40%.

Ainda que as prioridades do programa de atenção à pessoa idosa continuem recaindo sobre outras doenças que não as bucais, são crescentes as preocupações com a atenção à saúde bucal dos idosos. Em vários municípios brasileiros os idosos dispõem de ações específicas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de promover a saúde bucal e prevenir doenças bucais.

Os estudos realizados no Brasil não apontam para a diminuição do edentulismo na população idosa.

ROSA e col, num estudo realizado em 1989 numa amostra representativa dos idosos moradores no Município de São Paulo observaram que a prevalência do edentulismo era de 65% entre idosos não institucionalizados.

O Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1998 (SES-FSP, 1999), quanto ao uso de prótese dentária encontrou os seguintes resultados: 67% dos idosos utilizavam prótese na arcada superior sendo 62,6% prótese total e 48% utilizavam na arcada inferior sendo 38,3% prótese total.

SILVA (2001) em estudo com idosos que freqüentavam um Centro de Saúde em Araraquara, SP, encontrou índice CPOD de 26,66; média de dentes cariados de 1,10, dentes restaurados 4,43 e perdidos 20,58; os edêntulos perfaziam 40,4% da amostra.

COLUSSI (2004) em seu estudo sobre o perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, SC, encontrou uma prevalência de edentulismo de 48,4%.

Em 2005 foram publicados os resultados do mais abrangente levantamento epidemiológico realizado na área de saúde bucal no Brasil. O projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), obteve dados para a população brasileira entre 65 e 74 anos (recomendada pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a situação de saúde

bucal de idosos). Foram examinados 5.349 idosos e o CPOD médio para o Brasil foi de 27,8 sendo que o componente perdido foi responsável por 93% do índice.

MESAS e col (2006) encontraram em idosos de uma comunidade de Londrina, PR, os seguintes resultados: média do índice CPOD de 29,5, médias de dentes cariados de 1,0, perdidos 26,3 e restaurados 2,2 em mulheres e média do índice CPOD de 25,5, média de dentes cariados de 3,4, perdidos 20,4 e restaurados 3,6 em homens e 43,1% de edêntulos.

Pelo exposto a população idosa brasileira não apresenta bons índices de saúde bucal. O principal desafio que se coloca diante deste quadro, é impedir a perda dos dentes daqueles que fazem uso de outros tipos de prótese que não prótese total e, além disso, envidar esforços no sentido de desfazer a crença de que a perda dos dentes na velhice seja um processo natural e inevitável.

O estudo SABE - Saúde Bem Estar e Envelhecimento (LEBRÃO E LAURENTI, 2005), uma pesquisa de base populacional realizada em 7 capitais da América Latina e Caribe, uma delas São Paulo teve início em 2000, e à época os idosos participantes responderam a algumas questões sobre a percepção de sua saúde bucal. Em 2006, a investigação teve continuidade no município de São Paulo, transformando-se em um estudo longitudinal que buscou as pessoas entrevistadas em 2000 para exame da cavidade bucal. O presente artigo que faz parte do projeto SABE, teve como objetivo avaliar as condições de uso e necessidade de prótese dos idosos examinados.

METODOLOGIA

A pesquisa SABE - Saúde Bem Estar e Envelhecimento (LEBRÃO e LAURENTI, 2005) foi planejada e organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre os anos de 1997 e 2003, em sete grandes cidades: Bridgetown (Barbados); Buenos Aires (Argentina); Havana (Cuba); México (México); Montevideu (Uruguai); Santiago (Chile) e São Paulo (Brasil). O estudo caracterizado por ser multicêntrico, transversal, simultâneo e rigorosamente comparável foi o primeiro dessa natureza na região da América Latina e Caribe.

O questionário do estudo foi aplicado em 2.143 pessoas de 60 anos e mais, residentes no Município de São Paulo (Brasil) no ano 2000. Essa amostra foi composta por dois segmentos: o primeiro, resultante de sorteio, correspondente à amostra probabilística formada por 1.568 entrevistas. O segundo, formado por 575 residentes nos distritos em que foram realizadas as entrevistas anteriores, correspondeu ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nesta faixa etária. Para sorteio de domicílios usou-se o método de amostragem por conglomerados em dois estágios sob o critério de partilha proporcional ao tamanho. Um cadastro permanente de 72 setores censitários, existente no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, foi considerado a amostra de primeiro estágio. Essa amostra foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1995, composto por 263 setores censitários sorteados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio foi aproximado para 90. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada através da localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados. Cada questionário teve um peso calculado de acordo com o setor censitário de que fazia parte ($\text{peso} = 1/f$) e, para os questionários realizados com indivíduos em domicílios que foram selecionados, porém não sorteados (faixa etária 75 anos e mais), o cálculo do peso foi realizado de acordo com a relação da população de idosos (de ambos os sexos) nessas

faixas etárias, residentes no Município de São Paulo em 1998, e o número de idosos nessas mesmas faixas encontradas na amostra final do estudo.

Em 2006, o estudo teve continuidade no Município de São Paulo, transformando-se em um estudo longitudinal que buscou as pessoas entrevistadas em 2000 para aplicação do questionário para coleta de informações sobre as atuais condições de vida e saúde, exame bucal e tomada de medidas antropométricas.

A coleta de dados foi realizada de março de 2006 a maio de 2007.

O exame da cavidade bucal dos idosos foi realizado utilizando-se os índices, critérios e recomendações contidos no manual sobre levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997).

Foram treinados 15 cirurgiões-dentistas, sendo que a parte teórica do treinamento foi realizada em 4 horas e a parte prática em 16 horas.

Os exames bucais e as medidas antropométricas foram realizados nos domicílios dos idosos. Procurou-se realizar os exames em local iluminado, amplo, com o idoso sentado e com a cabeça posicionada para trás e o examinador em frente a este.

Para a verificação da concordância inter-examinadores para diagnóstico de cárie foi utilizado o coeficiente Kappa sendo utilizada a concordância a cada elemento dentário entre os examinadores. O valor obtido para a estatística Kappa foi de 0,90 para observação de cárie, considerado de ótima concordância.

Para os exames foram utilizadas sondas CPI, espelhos bucais planos número 5 e espátulas de madeira.

As análises estatísticas foram efetuadas usando-se três pacotes estatísticos: Epi Info 6.0, Stata versão 7 e SPSS versão 13.0 e aplicando-se os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Para todos os testes estatísticos adotou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

O tamanho da amostra examinada foi de 1.212 idosos e representaram 515.040 pessoas de 65 anos de idade e mais. A expansão dos dados obtidos para a população foi permitida devido à metodologia empregada para o cálculo da amostra. Cada idoso participante representou um número de idosos com as mesmas características de idade, sexo, condição socioeconômica e setor censitário onde era domiciliado.

As fichas dos exames foram digitadas no programa Epi Data versão 3.0., num total de 153.924 toques, sendo 117 incorretos, perfazendo 0,08% de erros de digitação.

Todas as tabelas foram apresentadas com os dados expandidos para a população de idosos de 65 anos de idade e mais moradores no Município de São Paulo em 2006.

A Tabela 1 mostra que dentre a população estudada, 61,40% eram mulheres e 38,60% homens. Assim, como tem sido visto nos últimos censos e contagens populacionais, a estrutura etária das mulheres é mais envelhecida que a dos homens: uma em cada quatro tem 75 anos ou mais e no caso dos homens essa proporção é de um para cada cinco (LEBRÃO e LAURENTI, 2005).

A média de idade foi de 74,37 anos entre as mulheres ($\pm 6,89$) e 73,45 anos entre os homens ($\pm 6,17$).

Tabela 1. Número de idosos, média de idade, desvio padrão e percentual na população segundo sexo. Município de São Paulo, 2006.

Sexo	n	Média de idade	DP	%
Feminino	316.168	74,37	6,89	61,40
Masculino	198.872	73,45	6,17	38,60
Total	515.040	74,02	6,63	100,00

Dentre os participantes, 69,40% das mulheres e 30,60% dos homens eram edêntulos.

Figura 1 – Porcentagem de uso de prótese dentária total superior e inferior em idosos segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2006.

O uso de prótese dentária total superior e inferior é mais prevalente entre as mulheres. O número de homens que fazem uso de prótese dentária total superior e inferior diminuiu com o aumento da idade.

Figura 2 – Porcentagem de uso de prótese dentária superior em mulheres segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2006.

Figura 3 – Porcentagem de uso de prótese dentária superior em homens segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2006.

As figuras 2 e 3 mostram a porcentagem do uso ou não de prótese dentária superior por mulheres e homens. Na população feminina 11,77% não usavam prótese dentária, 4,21% usavam prótese dentária fixa, 8,80% prótese dentária parcial removível, 0,74% prótese dentária fixa e removível e 74,48% prótese dentária total.

Entre os homens, 29,89% não usavam prótese dentária, 2,43% usavam prótese dentária fixa, 13,88% prótese dentária removível, 0,37% prótese dentária fixa e removível e 53,43% prótese dentária total.

Figura 4 – Porcentagem de uso de prótese dentária inferior em mulheres segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2006.

Figura 5 – Porcentagem de uso de prótese dentária inferior em homens segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2006.

As figuras 4 e 5 mostram em porcentagem, o uso ou não de prótese dentária inferior por mulheres e homens de acordo com a faixa etária. Na população feminina 34,34% não usavam prótese dentária, 2,47% usavam prótese dentária fixa,

16,38% prótese dentária parcial removível, 1,30% prótese dentária fixa e removível e 45,51% prótese dentária total.

Entre os homens 43,59% não usavam prótese dentária, 2,80% usavam prótese dentária fixa, 19,84% prótese dentária removível, e 33,77% prótese dentária total.

Figura 6 – Porcentagem de necessidade de prótese dentária superior em mulheres segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2006.

Figura 7 – Porcentagem de necessidade de prótese dentária superior em homens segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2006.

As figuras 6 e 7 mostram, em porcentagem, a necessidade de prótese dentária superior em mulheres e homens de acordo com a faixa etária. Na população feminina 78,61% não necessitava de prótese dentária, 0,847% necessitava de prótese dentária fixa, 2,67% de prótese dentária parcial removível, 3,71% prótese dentária fixa e removível e 14,06% de prótese dentária total.

Entre os homens 64,12% não necessitavam de prótese dentária, 1,43% necessitavam de prótese dentária fixa, 9,27% de prótese dentária parcial removível, 10,31% de combinação de próteses dentárias e 14,87% de prótese dentária total.

Figura 8 – Porcentagem de necessidade de prótese dentária inferior em mulheres segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2006.

Figura 9 – Porcentagem de necessidade de prótese inferior em homens segundo faixa etária. São Paulo, SP. 2006.

As figuras 8 e 9 mostram em porcentagem, a necessidade de prótese dentária inferior em mulheres e homens de acordo com a faixa etária. Na população feminina 59,28% não necessitava de prótese dentária, 1,20% necessitava de prótese dentária fixa, 10,49% de prótese dentária parcial removível, 6,50% de prótese dentária fixa e removível e 22,43% de prótese dentária total.

Entre os homens, 51,72% não necessitavam de prótese dentária, 0,66% necessitavam de prótese dentária fixa, 19,79% de prótese dentária parcial removível, 13,08% de combinação de próteses dentárias e 14,75% de prótese dentária total.

DISCUSSÃO

Segundo PUCCA Jr. (1998), o edentulismo é a prova cabal de que as medidas de atenção em saúde bucal fracassaram integralmente ou sequer existiram.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que pessoas com baixo nível socioeconômico e baixos níveis educacionais e de renda possuem maior probabilidade de serem edêntulas do que pessoas com nível socioeconômico e educacional ou de renda maiores. Uma dentição funcional é medida pela presença de 20 ou mais dentes naturais. (ELIAS E SHEIHAM, 1998)

Os estudos levados a efeito no Brasil, invariavelmente encontram alta prevalência de edentulismo entre idosos. A alta prevalência é também fato comum em outros países variando de acordo com o seu nível de desenvolvimento. Num estudo realizado na China em idosos de 65 a 74 anos a prevalência do edentulismo foi de 11% e na Malásia de 57% (PETERSEN e YAMAMOTO, 2005).

Neste estudo a prevalência de edentulismo foi de 69,40% nas mulheres e 30,60% entre os homens. Na população total a prevalência do edentulismo foi de 52%, abaixo do valor encontrado por ROSA e col.(1989) em estudo realizado com uma amostra representativa dos idosos do Município de São Paulo que foi de 65% e acima do encontrado por COLUSSI e col. (2004), 48,40%, em estudo realizado em Biguaçu, SC e por MESAS e col (2006) em estudo realizado em Londrina, Paraná que foi de 43,10%.

A prevalência de edentulismo foi maior entre as mulheres que entre os homens, achados estes que concordam com outros estudos (SILVA e FERNANDES, 2001).

Não foram observados idosos com todos os dentes presentes. A porcentagem de idosos com mais de 20 dentes presentes foi de 11,8%; com 10 até 19 dentes presentes de 14,8% e com 1 a 9 dentes presentes de 21,5%; pessoas edêntulas perfizeram um total de 52,0%.

Tal medida de mutilação dentária tem sido motivo de vários estudos, porém, devido às várias metodologias utilizadas, tornou-se difícil estabelecer comparações.

MESAS e col.(2006) encontraram 71,9% de mulheres que usavam prótese total superior e 41,9 % que usavam prótese total inferior. No presente estudo, 74,48% das mulheres usam prótese total superior e 45,51% usam prótese total inferior. Na população masculina 53,43% faziam uso de prótese total superior e 33,7% faziam uso de prótese total inferior.

O inquérito de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) encontrou na região Sudeste 64,3% de idosos que faziam uso de prótese total superior e 39,26% que faziam uso de prótese total inferior. Os valores são muito próximos, o que denota a medida da mutilação dentária do idoso brasileiro.

A frequência do uso de prótese total superior e inferior em mulheres foi de 44,4% e nos homens de 32,9%. Poder-se-ia sugerir que estes valores se relacionam com o fato das mulheres procurarem muito mais os serviços de saúde que os homens e terem sido submetidas a tratamentos mutiladores e iatrogênicos.

A porcentagem de pessoas que não usavam prótese foi de 38,0% entre as mulheres e de 62,0 entre os homens.

A frequência do uso de prótese parcial removível foi maior no arco inferior em homens. O uso de prótese removível superior nos homens foi de 13,88% e nas mulheres 8,80%. No arco inferior os homens apresentaram frequência de uso de 19,84% e as mulheres de 16,38%.

Estas frequências já eram esperadas devido os homens possuírem maior número de dentes presentes e por isso, fazerem maior uso de prótese dentária parcial removível que as mulheres onde a prevalência do edentulismo é maior exigindo uso de próteses dentárias totais.

O uso de próteses fixas e combinação de próteses (próteses fixas e removíveis) apresentaram frequências muito baixas entre a população estudada, consequência da abordagem de atenção em saúde bucal dispensada ao idoso onde predominam ações mutiladoras em detrimento de ações conservadoras e preventivas, e do alto custo de tratamentos dentários mais elaborados.

No que diz respeito à necessidade de prótese total, 4,65% das mulheres e 14,78% dos homens as necessitavam, mas não as usavam. No total da população a porcentagem foi de 5,7% o que sugere facilidade de acesso aos serviços odontológicos. Quanto aos homens, cuja necessidade é mais de duas vezes maior que a das mulheres, poder-se-ia sugerir que a necessidade sentida não é tão premente como nas mulheres ou que muitos homens desta faixa etária são trabalhadores que muito frequentemente tornam-se impossibilitados de frequentar os serviços de saúde devido ao horário de trabalho, procurando-os somente quando são acometidos pela dor.

NARVAI e ANTUNES (2003) chamam a atenção para o fato dos estudos apresentarem elevadas porcentagens de uso de prótese e de extrações o que nos leva a concluir que a população de idosos possui um razoável grau de acesso aos serviços odontológicos básicos.

Esta situação sugere urgência na mudança do tipo de serviços oferecidos a esta parcela da população, tendo em vista que outras necessidades de tratamento foram observadas como restaurações, tratamento endodôntico e próteses fixas. Dentre as necessidades de tratamento encontradas nas mulheres 36% foram para tratamento conservador e entre os homens a porcentagem foi de 60%. A necessidade de exodontia em mulheres foi de 37,2% e os homens de 39,5%. A necessidade de exodontia foi menor do que a necessidade por outros tipo de tratamento indicando a necessidade de adoção de medidas para que as pessoas idosas possam conservar seus dentes até o final da vida.

Dentre as pessoas que usam outros tipos de prótese que não as próteses totais, a média de dentes presentes foi de 11,62 em mulheres e 13,84 nos homens.

ROSA e col. (1989) encontraram 65% de edêntulos na população. O valor encontrado por este estudo foi de 52% de pessoas edêntulas.

Tomando-se por base estes dois estudos verificamos que o edentulismo teve uma redução de 13% na população idosa paulistana. Ainda não se atingiu a meta da OMS-FDI para o ano de 2000 de redução de 25% do edentulismo em pessoas idosas.

Há na cidade de São Paulo um grande número de idosos que demandam outros tipos de prótese dentárias que não as próteses totais. O principal desafio, quanto à saúde bucal, colocado aos profissionais de saúde que trabalham com a atenção à saúde

do idoso é impedir a perda dos dentes e, em sua ocorrência, assegurar a pronta reabilitação protética. Ações de educação em saúde, tratamento periodontal, prótese parciais removíveis são demandas desta faixa etária da população bem como a ampliação do acesso por idosos que trabalham e não possuem disponibilidade de tempo no horário de funcionamento dos serviços.

Existem muitos mitos em se tratando de saúde bucal e envelhecimento tais como: edentulismo é consequência do envelhecimento; quem usa prótese total não necessita visitar o dentista com regularidade e ainda, prevenção em saúde bucal não se aplica aos idosos.

Observa-se que, quanto aos idosos paulistano, os problemas de saúde bucal têm sido relegados ao descaso, transformando-se em fator de aceleração dos problemas naturais da velhice, tornando-a ainda mais incômoda do que deveria ser.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica n. 19.

Colussi CF, Freitas SFT. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(1): 88-97

DeStefano F, Anda RF, Kahn HS, Williamson DF, Russell CM. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. *BMJ* 1993; 306:688-691.

Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *Journal of Oral Rehabilitation* 1998; 25; 649-61.

FDI – Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32(1):74-7.

Fure S, Zickert I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60, 70 and 80-year-old Swedish individuals. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:137-142.

Kalsbeek H, Truin GJ, Van Rossum GM, Van Rukom HM, Poorterman JH, Verrips GH. Trends in caries prevalence in Dutch adults between 1983 and 1995. *Caries Res* 1998; 32(3):160-165.

Lebrão, ML Laurenti, R. – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: O estudo Sabe no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):127-41.

Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Oral health status of community-dwelling elderly in Londrina, Paraná, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(4):471-480.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003 – condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: 2004.

Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Oliveira YA (org). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003.119-40.

O'Mullane DM, Whelton H. Caries prevalence in the Republic of Ireland. *Int Dent J* 1994; 44(4- Supl. 1):387-391.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. São Paulo; 2004. [Tese – Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo].

Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 81–92.

Pucca Jr GA. Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no município de São Paulo. São Paulo; 1998. [Dissertação – Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo].

Rosa AGF, Castellanos Fernandez RA, Pinto VG . Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1992; 26(3).

SES-FSP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1988. São Paulo, 1999.

Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2000; 28(6): 399–406.

Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(4):349-55.

World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th. ed. Geneva: WHO; 1997.

PARTE III

REFERÊNCIAS E ANEXOS

5 - REFERÊNCIAS

Albala C, Lebrão ML, Díaz EML, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, Pratts O. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5/6):307–22.

Bercht SMB. O preventivismo e o câncer de boca: o imobilismo que mata. *Saúde em Debate* 1992;37:48-50.

Biazevic MGH. Tendências e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer bucal e de glândulas salivares no município de São Paulo, de 1980 a 2000. São Paulo, 2003. [Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispões sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Camarano AA. Texto para discussão nº 1179 - Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Rio de Janeiro: IPEA;2006.

Carneiro, RMV. Saúde bucal em idosos institucionalizados na Cidade de São Paulo: Estudo epidemiológico e de auto-percepção. São Paulo, 2001. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Carvalho RL, Wong, L. Algumas evidências sobre a evolução da saúde em diversas coortes de idosos (1998-2003). Trabalho submetido ao XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 18 a 22 de setembro. Caxambu, BR. Minas Gerais; 2006

[acesso em 06/05/2007]. Disponível em:
http://abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_606.pdf.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros. Rev Saúde Pública 1997;1(2): 184-200.

Colussi CF, Freitas SFT. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. Rev Bras Epidemiol 2004;7(1): 88-97.

FDI -Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J 1982;32 (1): 74-77.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo Demográfico 2000. [acesso em 27/07/2007]. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/defaulttab_brasil.shtm.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2004. Rio de Janeiro; 2005 [acesso em 05/12/2006]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo Demográfico 2000. [acesso em 27/07/2007]. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/>

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.[acesso em 22/07/2007].Disponível em <http://www.inca.go.br/estimativa/2006/>.

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O Envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev Saúde Publ 1987;21(3) 200-10.

Lebrão, ML Laurenti, R. – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: O estudo Sabe no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2005;8(2):127-41.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3): 735-743.

Marchioni DML. Fatores Dietéticos e câncer oral: um estudo caso-controle na região metropolitana de São Paulo. São Paulo, 2003. [Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba – SP. *Pesqui Odontol Bras* 2002;(16): 50-6.

Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Oral health status of community-dwelling elderly in Londrina, Paraná, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2006;9(4):471-480.

Ministério da Saúde – Indicadores e dados Básicos - Brasil 2005 [homepage na internet]. Brasília: Rede Interagencial de Informações para a Saúde; [acesso em 05/05/2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/idb/>

Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003 – condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília:2004.

Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Oliveira YA (org). *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS; 2003.119-40.

Netto, MP. Gerontologia. São Paulo: Ateneu; 1997.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde dos Idosos. In: 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana; 1988; Washington (DC).

PAHO - Pan American Health Organization – Research in Public Health - Technical Papers – SABE Project: Protocol of the Multicenter study: Health, Well-Being and Aging in Latin America and the Caribbean. Washington, DC; April 1999.

Palloni A, Peláez M., Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Oliveira YA (org.). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003.

Petersen PE. The World Health Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2003;31(1): 3-24.

Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso na área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Públ 1993;27(2): 87-94.

Rosa AGF, Castellanos FRA, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 1992 Jun [citado 2007 Jul 29]; 26(3): 155-160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000300005&

SES-FSP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1988. São Paulo, 1999.

Silva NN. Aspectos metodológicos: processo de amostragem. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde Bem Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003. p 47-57.

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

Silva, SRC. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade. São Paulo, 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Universidade de Michigan. The Health and Retirement Study – AHEAD – Asset and health dynamics among the oldest old [homepage na internet]. Michigan; 1993 [acesso em 13/12/2006]. Disponível em http://hrsonline.isr.umich.edu/meta/sho_meta.php?hfyle=qnaires.

Veras, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

WHO – World Health Organization - The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva; 2003.

WHO - World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th. ed. Geneva: WHO; 1997.

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

CADERNO DE INSTRUÇÕES

São Paulo
2006

2.1. INFORMAÇÕES GERAIS

NOME

Nome completo do indivíduo.

IDADE EM ANOS

Deve ser preenchida com os anos completos do indivíduo, na ocasião do exame. Preencher *sempre* as duas caselas

SEXO

Serão utilizados os códigos **1**, para o sexo feminino e **2**, para o sexo masculino.

2.3. PRÓTESE DENTÁRIA

A situação quanto às próteses dentárias será avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, os quais têm como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). Deve ser assinalado o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior.

As observações ao exame levarão em conta os códigos e critérios ilustrados nos quadros a seguir. Vale lembrar que os exemplos citados são apenas os mais comuns. É importante que, durante o treinamento, a equipe considere outras ocorrências e crie um mesmo padrão de análise.

Códigos, critérios e exemplos de uso de prótese

Uso de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária
		Nenhum espaço protético

1	Usa uma ponte fixa	Desdentado parcial, mas sem prótese presente

		Desdentado total e sem prótese presente
2	Usa mais do que uma ponte fixa
		Uma ponte fixa posterior

3	Usa prótese parcial removível	Uma ponte fixa anterior

		Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
		Prótese Parcial Removível anterior

5	Usa prótese dentária total	Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores

		Prótese total
9	Sem informação	

Códigos, critérios e exemplos de necessidade de prótese.

Necessidade de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	<p>Todos os dentes presentes Espaços protéticos presentes com prótese Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento	<p>Espaço protético unitário anterior Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento	<p>Espaço protético anterior de mais de um elemento Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento	<p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	<p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

2.5. CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Serão avaliados três aspectos em cada espaço dentário: as condições da **coroa** e da **raiz** e a necessidade de **tratamento**. Após o exame de cada espaço, o examinador dirá os três respectivos códigos para serem anotados e passará ao espaço dentário seguinte.

Cárie Dentária

Os **códigos** e **critérios** são os seguintes (para decíduos entre parênteses):

0 - Coroa Hígida.

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como *hígidos*:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

Raiz Hígida. A raiz *está exposta* e não há evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas são codificadas como “8”).

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como **dente hígido**.

1 - Coroa Cariada.

Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. *Na dúvida, considerar o dente hígido.*

Nota: Na *presença de cavidade* originada por cárie, mesmo sem doença *no momento do exame*, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente *atacado por cárie*, registrando-se **cariado**. Entretanto, este *enfoque epidemiológico não implica admitir* que há necessidade de uma restauração.

Raiz Cariada.

A lesão pode ser detectada com a sonda CPI. Se há comprometimento radicular discreto, produzido por lesão proveniente da coroa, a raiz só é considerada cariada se há necessidade de tratamento radicular em separado.

Nota: Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, a OMS recomenda que o código “1” seja registrado *apenas* na casela correspondente à coroa. A FSP-USP indica registrar o código “9” na casela da raiz.

2 - Coroa Restaurada mas Cariada.

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

Raiz Restaurada, mas Cariada.

Idem *coroa restaurada mas cariada*. Em situações nas quais coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como *restaurada mas cariada*. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como *restauradas mas com cárie*.

3 - Coroa Restaurada e Sem Cárie.

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com *coroa colocada devido à cárie* inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7.

Raiz Restaurada e Sem Cárie.

Idem *coroa restaurada e sem cárie*. Em situações onde coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como *restaurada*. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como *restauradas*.

4 - Dente Perdido Devido à Cárie.

Um dente permanente foi extraído *por causa* de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à *coroa*. **Nota:** Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é **9** ou **7** (quando tiver um implante no lugar).

5 - Dente Perdido por Outra Razão.

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

Nota: Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é “7” ou “9”.

7 - Apoio de Ponte ou Coroa.

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para *coroas instaladas por outras razões que não a cárie* ou para dentes com *facetas estéticas*. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como **4** ou **5**, enquanto o código **9** deve ser lançado na casela da raiz.

Implante: Registrar este código (**7**) na casela da raiz.

8 - Coroa Não Erupcionada.

Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

Raiz Não Exposta

Não há exposição da superfície radicular, isto é, não há retração gengival para além da junção cimento-esmalte.

T - Trauma (Fratura).

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

9 - Dente Excluído.

Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Necessidade de Tratamento

Imediatamente após registrar as *condições* da **coroa** e da **raiz**, e antes de passar ao espaço dentário seguinte, deve-se registrar o **tratamento indicado**. Quando não houver necessidade de tratamento, um “0” deve ser registrado no espaço correspondente. Isso precisa ser feito **sempre**, para evitar dificuldades no posterior processamento dos dados, uma vez que, não havendo registro, não será possível ao digitador saber o que aconteceu (se não há necessidade ou se o anotador esqueceu-se de preencher a casela).

Os **códigos** e **critérios** para as necessidades de tratamento são:

0 - Nenhum Tratamento.

A coroa e a raiz estão híginas, ou o dente não pode ou não deve ser extraído ou receber qualquer outro tratamento.

1 - Restauração de uma superfície dentária

2 - Restauração de duas ou mais superfícies dentárias

3 - Coroa por qualquer razão

4 - Faceta Estética

5 - Tratamento Pulpar e Restauração.

O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.

Nota: Nunca se deve inserir a sonda no fundo de uma cavidade para confirmar a presença de uma provável exposição pulpar.

6 - Extração

Um dente é registrado como **indicado para extração**, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando:

- a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo;
- a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado por tratamento periodontal;
- um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou
- a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.

Nota a respeito das necessidades de tratamento:

Os códigos 1 (restauração de uma superfície), 2 (restauração de 2 ou mais superfícies), 7 (remineralização de mancha branca) ou 8 (selante) serão usados para indicar o tratamento necessário para:

- tratar as cáries iniciais, primárias ou secundárias;
- tratar a descoloração de um dente ou um defeito de desenvolvimento;
- reparar o dano causado por trauma, abrasão, erosão ou atrição; ou
- substituir restaurações insatisfatórias se existirem uma ou mais das seguintes condições:
 - margem deficiente, permitindo ou em vias de permitir infiltração na dentina. A decisão deve ser tomada com base no senso clínico do examinador, após ter inserido a sonda CPI na margem entre a restauração e o tecido duro ou após observar uma significativa descoloração do esmalte adjacente;
 - excesso marginal, causando irritação local do tecido gengival e não podendo ser removido por meio de um ajuste da restauração;
 - fratura, que possa causar a perda da restauração ou infiltração marginal;

9 - Sem Informação

Quando, por alguma razão, não for possível definir a necessidade de tratamento do dente. Via de regra, quando a condição da coroa for **9** (dente excluído), assinala-se **9** também na necessidade de tratamento. Na condição em que a coroa foi considerada não-erupcionada (**8**) ou dente perdido (**4** ou **5**), também deve ser assinalado **9** na casela referente à necessidade de tratamento.

Resumo dos códigos para cárie dentária e necessidade de tratamento.

CÓDIGO		CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES PERMANENTES		
Coroa	Raiz	
0	0	HÍGIDO
1	1	CARIADO
2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
4	Não se aplica	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
5	Não se aplica	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
8	8	NÃO ERUPCIONADO - RAIZ NÃO EXPOSTA
T	Não se aplica	TRAUMA (FRATURA)
9	9	DENTE EXCLUÍDO

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
9	SEM INFORMAÇÃO

DOENÇA PERIODONTAL

A condição periodontal será avaliada com a utilização de dois indicadores: os índices **CPI** e **PIP**.

Índice Periodontal Comunitário — CPI

O *Índice Periodontal Comunitário* (emprega-se a sigla **CPI**, das iniciais do índice em inglês, pela facilidade fonética e pela sonoridade próxima ao consagrado CPO) permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa.

Sonda CPI - Para realizar o exame utiliza-se sonda específica, denominada sonda CPI, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento (Figura 6).

Figura 1. Sonda CPI, com as marcações das distâncias, em milímetros, da ponta da sonda.

Sextantes - A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48 (Figura 7). A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, p.ex., um único dente presente).

Dentes-Índices - São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, **não** se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares):

- 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Figura 2. Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para CPI e PIP.

Exame - Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Registros - Considerar que:

- a) embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- b) quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no CPI (Figura 8):

0 - sextante hígido;

1 - sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem);

2 - cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível);

3 - bolsa de 4 mm a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda);

4 - bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível);

X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);

9 - sextante não examinado.

Nota: Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A FSP-USP recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o CPI.

Figura 3. Posições da sonda ao exame e códigos do Índice Periodontal Comunitário (CPI).

Índice de Perda de Inserção Periodontal — PIP

O índice *Perda de Inserção Periodontal* (adotaremos a sigla “PIP”, das iniciais em português) permite avaliar a condição da inserção periodontal, tomando como base a visibilidade da junção cimento-esmalte (JCE). Este índice permite comparações entre grupos populacionais e não há intenção de descrever a situação de indivíduos considerados isoladamente.

Relação com CPI – O PIP é basicamente um complemento do CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados, sob as mesmas condições. Entretanto, cabe alertar que o dente-índice onde foi encontrada a pior condição para o CPI pode não ser o mesmo com a pior situação para o PIP.

Exame – A visibilidade da JCE é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição do CPI para o sextante é menor do que 4 (bolsa com menos de 6mm), qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4mm (PIP = 0).

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no PIP (Figura 9):

0 - perda de inserção entre 0 e 3 mm (JCE não visível e CPI entre 0 e 3).

Ou seja: se o CPI for igual a 4, não há possibilidade de o PIP ser 0 (zero).

Se a JCE não está visível e o CPI é 4, ou se a JCE está visível, então:

1 - perda de inserção entre 4 mm e 5 mm (JCE visível na área preta da sonda CPI);

2 - perda de inserção entre 6 mm e 8 mm (JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm);

3 - perda de inserção entre 9 mm e 11 mm (JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm);

4 - perda de inserção de 12 mm ou mais (JCE visível além da marca de 11,5 mm);

X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);

9 - sem informação (JCE nem visível nem detectável). Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado.

Figura 4. Posições da sonda ao exame e códigos do Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP).

Alterações de tecido mole

Assinala-se na casela a presença de qualquer alteração em tecido mole, a partir dos seguintes códigos:

- 0 - Ausência
- 1 - Presença
- 9 - Sem Informação

ANEXO D

Estudo SABE – Saúde, bem estar e envelhecimento

Exame bucal

Questionário nº _____ A06 Nome: _____

Idade em anos _____ (1) MULHER (2) HOMEM

uso de prótese
☐ sup. ☐ Inf.

necessidade de prótese
☐ sup. ☐ Inf.

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	
28																	
Coroa																	
Raiz																	
Trat.																	

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37
38																
Coroa																
Raiz																
Trat.																

DOENÇA PERIODONTAL

ALTERAÇÃO EM TEC. MOLES

CPI			PIP			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17/16	11	26/27	17/16	11	26/27	
47/46	31	36/37	47/46	31	36/37	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	

EXAMINADOR: _____