

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE VITÓRIA-EMESCAM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**JULIANA DIAS GRAPIUNA**

**ASPECTOS DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS DA CIDADE DE MANHUAÇU,  
MINAS GERAIS, BRASIL**

**VITÓRIA, ES  
2020**

**JULIANA DIAS GRAPIUNA**

**ASPECTOS DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS DA CIDADE DE MANHUAÇU,  
MINAS GERAIS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Área concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu

VITÓRIA, ES  
2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

G766a Grapiuna, Juliana Dias  
Aspectos da saúde bucal de idosos da cidade de Manhuaçu,  
Minas Gerais, Brasil / Juliana Dias Grapiuna.- 2020.  
84 p.: il.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu.

1. Saúde bucal. 2. Saúde do idoso. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 4. Saúde Pública. I. Abreu, Luiz Carlos de. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 617.6

---

**JULIANA DIAS GRAPIUNA**

**ASPECTOS DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS DA CIDADE DE MANHUAÇU,  
MINAS GERAIS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de abril de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
**Orientador**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ítalla Maria Pinheiro Bezerra  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

---

Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira  
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo -  
FSP/USP

Dedico essa pesquisa a minha filha Maria Fernanda. É nela que eu encontro o sentido da busca de novos desafios e é ela quem mostra a verdadeira prioridade da minha vida. Aos meus pais, a minha eterna gratidão e o meu profundo amor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais Adalto e Vanda por iluminarem meus caminhos com afeto e dedicação para que eu os enfrentasse sem medos e cheios de esperanças. Dedico todo o meu carinho e agradeço pelos ensinamentos de vida.

Agradeço ao meu marido Leandro pela compreensão e ajuda principalmente nos momentos em que eu não estava presente fisicamente.

Agradeço aos meus irmãos Guga e Dodô por torcerem sempre por mim.

Agradeço à Pá por estar sempre ao meu lado quando preciso, nosso anjo da guarda.

Agradeço aos funcionários do Asilo São Vicente de Paulo em Manhuaçu - MG que, além da ajuda na construção do meu trabalho, me mostraram o real significado da palavra doação. Aos residentes do mesmo, o meu eterno respeito.

Agradeço ao José Lucas Souza Ramos por sua disponibilidade e por contribuir na minha vida acadêmica, um exemplo de profissional.

Agradeço à Marta de Souza por não medir esforços em me ajudar durante o processo delicado da pesquisa.

Agradeço aos meus colegas de curso que contribuíram para o meu processo de aprendizado.

Agradeço as minhas novas amigas Bárbara Amaranto, Elis Campos Mol, Milena Temer e Thaysa Alvim que foram companheiras e dividiram comigo todos os momentos.

Agradeço a minha amiga Daniela França, presente que a Odontologia me deu, seu apoio foi fundamental na minha escolha.

Agradeço à Silvana Werner Ferreira Fraga por disponibilizar seu tempo em me ensinar com toda a sua dedicação.

Agradeço aos meus orientadores Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ítalla Maria Pinheiro Bezerra pelo exemplo de determinação a ser seguido.

Agradeço ao UNIFACIG nas pessoas de Anandy Kassis de Faria Alvim-Hannas e Thales Reis Hannas, por me mostrarem que conhecimento é sempre um novo recomeço.

Agradeço à EMESCAM, seus funcionários e seu corpo docente pela oportunidade de crescimento profissional e pela acolhida.

Agradeço ao Lucas Dornellas pelo empenho na busca das minhas conquistas.

Agradeço a Deus por ter colocado todas essas pessoas no meu caminho.

“Toda tecnologia deve corresponder a uma ética e toda a ciência deve corresponder a uma consciência.”  
(Papa João Paulo II)

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento da população é um acontecimento que se torna cada vez mais frequente Brasil e no mundo. A população de idosos brasileiros hoje representa 30 milhões de pessoas, este fato implica na necessidade de implantação de políticas públicas nos setores da saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação, a fim de proporcionar qualidade de vida a essa população e conseqüentemente diminuição dos orçamentos públicos governamentais. Os idosos que são expostos a situações de vulnerabilidade social são os que mais refletem o processo de doença e a pobre higiene bucal, o que ocasiona conseqüências prejudiciais a saúde bucal e sistêmica. **Objetivo:** Analisar aspectos da saúde bucal de idosos da cidade de Manhuaçu, MG, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo transversal por amostra de conveniência, realizado com idosos na cidade de Manhuaçu, MG, com base na análise de prontuários, aplicação de questionários e realização de exames clínicos bucais de 40 idosos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados. **Resultados:** Os idosos institucionalizados possuíam menos filhos, eram solteiros, tinham menor renda, eram mais fumantes, tinham mais comorbidades e faziam uso de remédios rotineiros em maior quantidade. Com relação às condições dentárias, os idosos institucionalizados possuíam mais perdas dentárias e menos presença de cáries, dentes obturados, placa visível e mobilidade dentária. **Considerações Finais:** Ao final da pesquisa, observa-se que em ambas as populações estudadas, a principal característica é o edentulismo, sendo a população institucionalizada a que possui os piores agravos em saúde bucal com 82,5% de desdentados totais contra 40% de desdentados totais na população não institucionalizada, refletindo assim, o descaso de saúde pública.

**Palavras - chave:** Saúde Bucal. Saúde do Idoso. Saúde Pública. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The aging of the population is an event that is becoming more and more frequent in Brazil and in the world. The elderly Brazilian population today represents 30 million people, this fact implies the need to implement public policies in the sectors of health, economy, labor market, social security and education, in order to provide quality of life to this population and consequently decrease in government public budgets. The elderly who are exposed to situations of social vulnerability are the ones that most reflect the disease process and poor oral hygiene, which causes harmful consequences to oral and systemic health. **Objective:** To analyze aspects of the oral health of the elderly in the city of Manhuaçu, MG, Brazil. **Method:** This is a cross-sectional study by convenience sample, carried out with elderly people in the city of Manhuaçu, MG, based on the analysis of medical records, application of questionnaires and oral clinical examinations of 40 institutionalized elderly and 40 non-institutionalized elderly. **Results:** Institutionalized elderly people had fewer children, were single, had lower income, were more smokers, had more comorbidities and used more routine medicines. Regarding dental conditions, institutionalized elderly people had more tooth loss and less caries, filled teeth, visible plaque and tooth mobility. **Final Considerations:** At the end of the research, it is observed that in both studied populations, the main characteristic is edentulism, with the institutionalized population having the worst oral health problems with 82.5% of total toothless versus 40% of total edentulous in the non-institutionalized population, thus reflecting the neglect of public health.

Keywords: Oral Health; Health of the Elderly; Public Health; Homes for the Aged.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ANVISA**- Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
**CEO** - Centros de Especialidades Odontológicas  
**CF** - Constituição Federal  
**DECS** – Descritores de Ciências da Saúde  
**ESF** - Estratégia Saúde da Família  
**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**ILP**- Instituições de Longa Permanência  
**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
**IPEA** - Pesquisa Econômica Aplicada  
**LOAS** - Lei Orgânica de Assistência Social  
**LRPDs** - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias  
**MDS**- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
**MS** - Ministério da Saúde  
**NOB** - Normas Operacionais Básica  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**PACS** - Programa de Agentes Comunitários da Saúde  
**PEC** - Proposta de Emenda Constitucional  
**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica  
**PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
**PNI** - Política Nacional do Idoso  
**PNSB** - Política Nacional de Saúde Bucal  
**PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa  
**PNSI** – Política Nacional de Saúde do Idoso  
**PSF** - Programa Saúde da Família  
**RAS** - Redes de Atenção à Saúde  
**SESP** - Serviço Especial de Saúde Pública  
**SIAE** - Sistema Incremental de Atenção ao Escolar  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**TCLE**-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	15
2.1 Envelhecimento	15
2.2 Saúde Pública	17
2.2.1 Saúde Pública do Idoso	20
2.2.2 Saúde Pública Bucal	24
2.3 Saúde Bucal	27
2.4 Saúde Bucal do Idoso	34
2.5 Instituição de Longa Permanência	36
<b>3. OBJETIVO</b>	39
3.1 Objetivo Geral	39
3.2 Objetivo Específico	39
<b>4. METODO</b>	40
4.1 Tipo de estudo	40
4.2 Local do estudo	40
4.3 Participantes da pesquisa	40
4.4 Critérios de participação	41
4.5 Instrumentos de coleta	41
4.6 Análise estatística	42
4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa	43
4.8 Riscos e desconfortos	44
<b>5. RESULTADOS</b>	45
<b>6. DISCUSSÃO</b>	50
6.1 A perda dental e suas implicações na qualidade de vida	57
6.2 Odontologia atual	58
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	60
<b>8. PERSPECTIVAS FUTURAS PARA AS POLITICAS PUBLICAS</b>	62
<b>REFERÊNCIAS</b>	63
<b>ANEXOS</b>	74
<b>ANEXO 1</b>	74
<b>ANEXO 2</b>	75
<b>ANEXO 3</b>	76
<b>ANEXO 4</b>	79
<b>ANEXO 5</b>	81
<b>ANEXO 6</b>	82

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), a população brasileira com mais de 65 anos manteve uma tendência de envelhecimento e que hoje é composta por 29.374 milhões de pessoas, totalizando 14,3% da população total do país. A expectativa de vida em 2018, para ambos os sexos, aumentou para 76,3 anos, sendo 79,9 anos para a mulher e 72,2 para o homem. Esse crescimento representa uma importante conquista social e resulta da melhoria da condição de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes. Isso resulta em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social.

Ideias sustentadas por Lima-Costa e Veras (2003) em seus trabalhos apontam que as doenças próprias do envelhecimento se tornarão mais expressivas e que os serviços de saúde aumentarão sua demanda. Para isso, segundo Fernandes et al., (2012), deve-se pensar em políticas públicas que propiciem a saúde e promoção de uma vida saudável a essa população que envelhece.

O início de uma lógica em assistência odontológica no Brasil ocorreu por volta dos anos de 1950 que anteriormente baseava-se em uma odontologia mutiladora e excludente. Após a Constituição Federal de 1988 e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de saúde bucal vem se desenvolvendo através de políticas públicas direcionadas a toda a população de uma forma igualitária, coletiva, assistencial e atendendo a populações mais expostas a riscos, como os idosos, cuja finalidade é intensificar a promoção, a proteção e recuperação da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), (2018), os principais agravos em saúde bucal são: cárie dentária; doença periodontal – gengivite e periodontite; edentulismo; maloclusão; câncer de boca; fluorose dentária; e traumatismos dentários. Eles têm sido objetos de estudos epidemiológicos que segundo os resultados da pesquisa SB Brasil (2010), evidenciou-se que da população

idosa brasileira de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares.

De acordo com Fernandes-Costa et al., (2013), a saúde bucal desempenha um importante papel na qualidade de vida dos idosos e as alterações morfofisiológicas orais que mais prevalecem no paciente idosos são a xerostomia devido principalmente aos medicamentos para hipertensão e neuropsiquiátricos, a perda da capacidade gustativa devido à diminuição significativa dos botões gustativos nas papilas, alterações no periodonto, falta de higienização bucal devido a dificuldades motoras, perdas dentárias e lesões na mucosa. Os idosos com comprometimento cognitivo apresentam piores condições de saúde bucal do que idosos com condição cognitiva preservada, o que dificulta o acesso e a execução do atendimento odontológico e medidas de autocuidado (FERREIRA, et al., 2014).

O envelhecimento fisiológico é acompanhado frequentemente por múltiplas doenças crônicas, uso de vários tipos de fármacos, fragilidade, perda de autonomia e dependência para atividades da vida diária. Idosos institucionalizados, especialmente aqueles com comprometimento cognitivo, geralmente possuem maior deficiência em saúde bucal incluindo menos dentes. A higiene oral é frequentemente negligenciada e os idosos que sofrem de demência são particularmente afetados. Além disso, os dentes e as próteses dentárias podem ser reservatórios de patógenos respiratórios e a sua aspiração tem sido apontada como uma causa de pneumonia entre idosos. (MÜLLER et al., 2017).

Neste contexto, segundo De Visscheres et al., (2006), a pobre higiene bucal entre idosos institucionalizados pode aumentar o risco de desenvolvimento de cáries, doenças periodontais, estomatite por dentaduras e relato de queixas como halitose

A política de envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que a responsabilidade de envelhecer saudável deve ser respaldada por políticas públicas e por iniciativas sociais de saúde ao longo da vida e não apenas responsabilidade do indivíduo. A promoção da saúde oral e programas de prevenção de cárie criados para estimular as pessoas a manterem seus dentes naturais, precisam começar ainda cedo e continuar ao

longo da vida. Devido à dor e a pior qualidade de vida associadas aos problemas de saúde oral, há necessidade de implantação de serviços básicos de tratamento bucal e também de serviços especializados, como os de prótese. (OMS, 2005).

Embora o edentulismo seja considerado por muitos um fenômeno natural do envelhecimento, podemos entender que ele é o reflexo da falta de orientação e descuido com a saúde bucal em todas as idades (SIMÕES E CARVALHO, 2011).

A presente dissertação se revela interdisciplinar uma vez que aborda discussões envolvendo diretamente a Odontologia e os Serviços Sociais. A pesquisa tem como objetivo analisar aspectos da saúde bucal de idosos da cidade de Manhuaçu, MG, a fim de compreender a realidade, sendo instrumento válido capaz de eleger políticas públicas sustentáveis nessa população, atendendo aos interesses da vontade da coletividade.

Nesse contexto, levanta-se como problema: a saúde bucal dos idosos institucionalizados está em piores condições do que aqueles não institucionalizados?

O objetivo da saúde bucal para a população idosa deve, portanto, ser para tratamento e prevenção das infecções orais, promovendo saúde e qualidade de vida, assegurando o conforto e fornecendo meios para restaurar a função bucal quando necessária, garantindo uma aparência aceitável e qualidade de vida (MÜLLER et al., 2014).

A esse respeito, trata-se de um estudo transversal, com 80 idosos da cidade de Manhuaçu, MG, sendo 40 idosos institucionalizados e 40 idosos não institucionalizados com mais de 60 anos do sexo masculino e feminino na qual foi realizada consulta ao prontuário, aplicação de um questionário e de exame clínico da cavidade bucal.

A relevância desse estudo consiste em direcionar e promover políticas públicas a fim de estabelecerem melhorias na qualidade de vida e no padrão de saúde bucal dos idosos, pois a partir das condições bucais encontradas, estas melhorias poderão ser realizadas por instituições privadas, públicas e ou parcerias público- privadas.

A pesquisa a nível local torna-se importante por considerar que as condições da saúde bucal podem estar associadas com a qualidade de vida do

idoso, afetando a estética, autoestima e funcionalidade, fornecendo subsídios para o planejamento e a organização das ações em saúde bucal aos gestores a essa população, otimizando os recursos disponíveis, minimizando os efeitos adversos dos agravos bucais, promovendo assim, melhorias na qualidade de vida a esse grupo estudado.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Envelhecimento

O envelhecimento da população é um acontecimento que se torna cada vez mais frequente no mundo e no Brasil, fato esse que se confirma na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) realizada, em 2018, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com essa pesquisa, a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). A velocidade de crescimento da população idosa no Brasil tem sido significativamente maior do que a observada nas populações dos países desenvolvidos no século passado (aIBGE, 2018; WORLD BANK, 2011).

Segundo estimativas do IBGE para o ano de 2030, a população acima de 65 anos representará 13,44% (em torno de 29 milhões de pessoas) da população total estimada em 223.126.917 de pessoas. Em declínio, projeta-se a taxa de mortalidade infantil em 9,83 e a taxa de natalidade em 10,92. Estima-se também um aumento na expectativa de vida para 78,64 anos (cIBGE, 2018).

Em relação à razão de dependência de idosos, ocorrerá um aumento para 19,49, valor que, em 2009, era de 9,64. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes (idosos), o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade (cIBGE, 2018; DATASUS, 2018).

A diminuição das taxas de mortalidade e natalidade e a elevação da expectativa de vida da população são consequências das melhorias nos cuidados e nas políticas públicas de saúde que o Brasil conquistou (WORLD BANK, 2011).

Segundo Camarano et al., (2004), a população idosa brasileira é constituída por um grupo de pessoas cujo intervalo de idade extrapola os 30

anos, sobreviventes da alta mortalidade infantil por doenças infectocontagiosas, neoplasias e doenças cardiovasculares na meia idade. Ela é caracterizada de maneira heterogênea e complexa, que se diferencia no território nacional entre grupos sociais e raciais.

Além disso, a melhora dos parâmetros de saúde da população fez com que o envelhecimento fosse um desejo de qualquer sociedade. Portanto, a Organização Mundial de Saúde, reconhece como desafios na Saúde Pública: manter a independência e a vida ativa, fortalecer políticas de prevenção e promoção de saúde e melhorar a qualidade de vida na população de idosos (WORD BANK, 2011).

Com o aumento do número de idosos, doenças próprias do envelhecimento se tornam mais expressivas. O que se verifica é uma escassez de recursos devido a uma crescente demanda nos serviços de saúde. Em geral, os idosos exigem acompanhamento constante devido ao fato de suas doenças serem crônicas e múltiplas. Assim, há um aumento nos serviços de saúde em comparação a outras faixas etárias (LIMA-COSTA, M. F., VERAS, R., 2003).

Segundo Fernandes (2012), deve-se pensar em políticas que propiciem a saúde e a promoção de uma vida saudável a essa crescente população brasileira que envelhece. Incluem-se cuidados como reabilitação, prevenção de doenças e saúde mental para minimizar os problemas de capacidade relacionados à idade que influenciam os orçamentos governamentais. É de extrema urgência a formação de equipes de saúde para essa área de conhecimento (FERNANDES, M. T. O., SOARES, S. M., 2012).

Segundo Camarano et. al. (2004), os setores da saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação devem estar integrados para que as políticas do envelhecimento populacional possam ser efetivas. Além disso, se faz necessário promover a capacitação profissional nas áreas de Geriatria, Gerontologia e Serviços Sociais.

## 2.2 Saúde Pública

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) que diz que a “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Ele é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e proporcionou o acesso integral, universal e gratuito da população brasileira ao sistema sem discriminação, já que, antes da Constituição de 1988, a assistência era apenas aos trabalhadores vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, houve a necessidade de regulamentação, que aconteceu em 1990 com a promulgação das duas Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990). Nos anos de 1991, 1993 e 1996 foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) que regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema (aBRASIL, 2006).

As diretrizes e os princípios do SUS que estão na Constituição Federal e regulamentados no artigo 7º da Lei 8.080/90, que são princípios doutrinários que incluem a universalidade, a equidade, a integralidade e os princípios organizativos que são a regionalização, a hierarquização, descentralização, o comando único e a participação popular (BRASIL, 1990).

Dentro dos princípios anteriormente esclarecidos, os gestores têm papel fundamental para fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro de suas diretrizes doutrinárias. A responsabilidade sobre as ações e serviços de saúde é dividida em três esferas de governo: o nível municipal, que tem a função de avaliar, programar e executar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; o nível estadual, que tem a função de consolidar as propostas do município e induzi-las, corrigir distorções e ajustar as ações de saúde que o município não foi capaz de realizar; e, em nível federal, cujo gestor é o Ministério da Saúde a função é formular,

coordenar, liderar, planejar e financiar o conjunto de ações em saúde do SUS (BRASIL, 1990).

Registros disponíveis de morbimortalidade, como menores de 01 ano, gestantes, idosos, trabalhadores urbanos e rurais sob certas condições de trabalho, entre outros, evidenciam que existem grupos populacionais que estão mais expostos a riscos. Com a finalidade de intensificar a promoção, a proteção e recuperação da saúde, devem ser normalizados alguns procedimentos a serem dirigidos, especialmente, a essas populações. Daí vem o conceito e prática dos programas de saúde, que são parte da produção geral das ações de saúde pelas instituições, unidades e profissionais da área. Estes são eficientes para a população alvo desde que as condições epidemiológicas, sociais, institucionais e culturais sejam respeitadas pelas normas nacionais e estaduais ao nível regional ou microrregional (BRASIL,1990).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em dezembro de 1993, fundamentado em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no país através dos agentes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ele estabelece um vínculo humanizado com a comunidade como eixo estrutural para a reorganização da prática assistencial na dinâmica da atenção básica dos serviços de saúde (aBRASIL, 2010). É conhecido hoje como Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não se tratar mais apenas de um programa. Esta é composta por uma equipe multiprofissional: médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem, ainda, ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 1994).

Através da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considerando a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil o que demonstra a necessidade de revisão e adequação de suas normas para a ESF e o PACS (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 vem para destacar a Atenção Básica como porta de entrada ao sistema direcionando as pessoas aos pontos de atenção à saúde, definindo e reafirmando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017).

Atualmente, o Brasil vivencia um período de crise econômica e, conseqüentemente, austeridade fiscal afetando principalmente o sistema de proteção social brasileiro aumentando problemas sociais, desigualdades e piorando a situação da saúde da população. Além disso, soma-se o congelamento do gasto com saúde por vinte anos, com conseqüente redução do valor per capita alocado, conforme proposto por meio da PEC 241/2016 (Proposta de Emenda Constitucional), que agrava ainda mais os efeitos da atual crise para a saúde dos brasileiros, afetando principalmente grupos mais vulneráveis. Neste contexto, faz-se necessário a manutenção dos programas de proteção social para proteção da saúde da população (VIEIRA, 2016).

Ao completar 30 anos da implantação do SUS, conclui-se que ele não está consolidado. O Sistema Único de Saúde fornece à população cuidados universais tanto no nível básico como especializado. No entanto, apenas 37% da população tem acesso a esse serviço (PAIM, 2018).

São fatores que comprometem o acesso universal e igualitário às ações de saúde: modelo assistencial mais centrado na doença do que na saúde, realizados em hospitais e em serviços especializados e menos na comunidade e na atenção básica; desvalorização dos trabalhadores de saúde através das terceirizações e precarização do trabalho e, principalmente, problemas na gestão como a falta de profissionalização, uso partidário dos estabelecimentos públicos e burocratização administrativa. É de suma importância a sociedade civil imprimir um caráter mais progressista e lutar pela manutenção de um sistema de saúde universal, público, de qualidade e efetivo, já que o Estado possui um papel de sabotador do sistema (PAIM, 2018).

### **2.2.1 Saúde Pública Do Idoso**

Segundo Fernandes e Soares (2012), a primeira vez em que se assegurou ao idoso o direito à vida e à cidadania de fato foi na Constituição Federal de 1988 em que se destaca o texto constitucional:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. - § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.  
- § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (BRASIL, 1988).

Embora a Lei Orgânica da Saúde 8.080 não seja específica para o idoso, com a criação do SUS na Constituição Brasileira de 1988, ele é inserido como beneficiário porque a saúde passa a ser um direito integral, universal e gratuito, sem discriminação (BRASIL, 1990).

Em 1993, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que possibilita o reconhecimento de contextos multivariados e de riscos à saúde do idoso e, garante à assistência social o status de política pública de seguridade social (BRASIL, 1993).

A grande conquista dos direitos dos idosos se dá com a aprovação da Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI) que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Esta tem sua base em cinco princípios estabelecidos no art. 3º, apresentados: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania com a família, a sociedade e o Estado, responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida; o processo de envelhecimento de responsabilidade da sociedade de forma geral; o idoso não deve sofrer discriminação de forma alguma e ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política e dos poderes públicos. As diferenças econômicas, sociais, regionais e as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral (BRASIL, 1994).

A PNI possibilitou mais respeito e garantias dos direitos básicos aos idosos em diversas áreas:

- Área de promoção e assistência social: participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais na prestação de serviços, desenvolvendo ações para o atendimento das necessidades básicas do idoso; criação de incentivos e de alternativas de lugares para atendimento; promoção de eventos; incentivar estudos sobre a situação social e promover a capacitação de recursos para melhorar a qualidade de vida do idoso (BRASIL, 1994).

- Área de saúde: garantir assistência integral à saúde por meio do SUS; promover programas e medidas profiláticas para proporcionar saúde ao idoso; incluir a Geriatria como especialidade clínica; fiscalização e elaboração de normas para instituições e serviços geriátricos; desenvolver formas de cooperação entre as esferas do Estado, centros de referência em Geriatria e Gerontologia e equipes interprofissionais; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso e criar serviços alternativos de saúde para o mesmo (BRASIL, 1994).

- Área de educação: incluir o idoso em qualquer etapa de formação, universalizando o acesso às diferentes formas do saber (BRASIL, 1994).

- Área de trabalho e previdência social: impedir a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho; garantir atendimento do idoso nos benefícios previdenciários; manter programas para aposentadoria (BRASIL, 1994).

- Área de habitação e urbanismo: melhorar as condições de habitabilidade em moradia de acordo com o estado físico do idoso, diminuindo os obstáculos (BRASIL, 1994).

- Área de justiça: fazer e aplicar leis e normas dos direitos aos idosos (BRASIL, 1994).

- Área de cultura, esporte e lazer: incentivar o desenvolvimento de atividades culturais; garantir o acesso a eventos mediante preços reduzidos; proporcionar programas de lazer, atividades físicas e esportes a fim de melhorar a qualidade de vida do idoso (BRASIL, 1994).

Em 1999, foi implantada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) pela portaria 1.395/GM, de 10 de dezembro, do Ministério da Saúde. A presente política assegurava os direitos dos idosos à conformidade do que determina as Leis 8.080/90 e 8.842 (FERNANDES, M. T. O., SOARES, S. M., 2012).

Ela assume que o principal problema do envelhecimento é a perda da capacidade funcional do idoso, isto é, perda das habilidades físicas e mentais nas atividades básicas da vida diária. (aBRASIL, 2006).

Em 1º de outubro de 2003, o Congresso Nacional decreta a Lei 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003).

De acordo com o artigo 3º, as atuações da família, da sociedade e do Estado efetivam o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária do idoso e garante a eles todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Incluído pela Lei 13.466 de 2017, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, sempre preferencialmente em relação aos demais idosos (BRASIL, 2003; BRASIL, 2017)

Em 22 de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 399/GM, o Pacto pela Saúde, que consolida o SUS após completar uma década e meia de existência. Durante esse tempo, houve muitos avanços, porém, muitas dificuldades por se tratar de um país tão grande e desigual. Na perspectiva de superação dessas dificuldades, o governo federal divulga, nessa portaria, uma ação prioritária no campo da saúde realizada após análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (aBRASIL, 2006).

Esse pacto prioriza a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde; e o fortalecimento da atenção básica (aBRASIL, 2006).

O trabalho na área da saúde do idoso deve seguir as seguintes diretrizes: atenção integralizada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde; obtenção de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde; fortalecimento da participação social; capacitação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; intercâmbio de experiências nacional e internacional na saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (aBRASIL, 2006).

Destacam-se também ações estratégicas aos idosos: manual de atenção básica e saúde para a pessoa idosa; programa de educação permanente à distância; acolhimento; assistência farmacêutica; atenção diferenciada na internação e atenção domiciliar (aBRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde aprova a PNSPI através da portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, revogando a portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999 já existente, levando-se em consideração a publicação do Pacto pela Saúde em 22 fevereiro de 2006. A sua finalidade principal é direcionar medidas coletivas e individuais de saúde de acordo com os princípios do SUS para todo brasileiro acima de 60 anos, considerando o contínuo crescimento no processo de envelhecimento saudável da população (bBRASIL, 2006)

Segundo Fernandes (2012), para promover uma boa qualidade de vida aos idosos, é necessário que os serviços públicos de saúde sejam orientados por essas políticas públicas para identificar as suas necessidades de acordo com cada situação, na sua heterogeneidade e diversidade, conectando os serviços de saúde aos serviços sociais.

Deve-se pensar em políticas que tragam uma vida saudável para a população que envelhece, em ambientes sadios, prevenindo doenças, reabilitando e cuidando da saúde mental, minimizando os níveis de incapacidade relacionados à idade. No âmbito familiar, é importante ter uma rede de suporte aos cuidadores nos cuidados aos idosos frágeis. Portanto, se faz necessária uma equipe de saúde somente para essa área de conhecimento em virtude do crescente aumento da demanda de idosos ao sistema de saúde (FERNANDES, M. T. O., SOARES, S. M., 2012)

### **2.2.2 Saúde Pública Bucal**

O início de uma lógica de assistência odontológica ocorreu na década de 50 no Sistema Incremental de Atenção ao Escolar (SIAE), introduzido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em escolas do sistema público educacional de 6-14 anos com enfoque curativo restaurador e introdução de algumas medidas preventivas. Era uma odontologia com enfoque sanitário que teve início em Aimorés, MG com a fluoretação das águas de abastecimento público, se estendendo para outras regiões do Brasil. Antes disso, a prática clínica reproduzia o que faziam os dentistas em consultórios particulares, com abordagem individual sem a preocupação no processo de saúde bucal coletivo (NARVAI, P. C., 2006).

Nos anos 70, o SIAE, ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade, sob a supervisão do SESP, ganhou nova dimensão na promoção e prevenção da saúde bucal, introduzindo a utilização de pessoal auxiliar com ênfase coletiva e educacional (BRASIL, 2008).

Em 1988, foi promulgada a CF/88 e as Leis 8.080 e 8.142 que regulamentam o SUS. Em 1993, as políticas públicas de saúde expandem o modelo centrado na família e criam o PSF. Em 28 de dezembro de 2000, foi editada a Portaria MS/GM nº 1444 que cria o incentivo financeiro para

incorporação da equipe de saúde bucal no PSF que tem como objetivo melhorar índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (BRASIL, 2000).

Apesar dos avanços trazidos pela inserção de saúde bucal no PSF, observam-se insatisfações dos usuários devido a constante troca dos profissionais e critérios de prioridade aos atendimentos. Por isso, ela deveria passar por constantes revisões para que as propostas de integralidade em saúde bucal, humanização do atendimento, equidade e o acesso pudessem ser atingidos (MUNKEVIZ, M. S. G., PELICIONI, M. C. F., 2010).

Em 2003, o governo lança a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente – a fim de mudar a realidade dos serviços públicos odontológicos ofertados, que eram baseados em uma odontologia mutiladora e em apenas procedimentos clínicos. Seu principal objetivo é reunir ações por meio do SUS para todos os brasileiros gratuitamente. As ações do programa se concentram na atenção básica, na ampliação e qualificação da atenção especializada com a criação e financiamento de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e adição de flúor nas estações de tratamento de água de abastecimento público. Para os idosos, a PNSB orienta ações baseadas no estatuto do idoso e também no desenvolvimento de atividades educacionais individuais e coletivas, procedimentos clínicos atraumáticos e de maior impacto e cobertura (BRASIL, 2004).

Segundo Scarparo (2015), a PNSB deverá estar articulada com as demais políticas públicas de uma forma regionalizada, propiciando uma saúde de forma integral superando as desigualdades sociais.

Em 2010, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Projeto SB Brasil 2010. O objetivo principal era analisar a saúde bucal da população para fornecer informações no direcionamento de programas e medidas de tratamento e prevenção. Ela analisou a situação com relação a cárie dentária, oclusão, fluorose, doenças periodontais, traumatismos, necessidade de próteses dentárias, entre outros (bBRASIL, 2010).

Segundo os resultados da análise da Pesquisa de Saúde Bucal 2010, verificou-se na população de idade entre 65 e 74 anos que, no que se diz

respeito à cárie dentária, o índice CPOD (índice para medir a experiência em cáries, proposto pela OMS, que é o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados aos 12 anos de idade, em determinado espaço geográfico), ficou em 27,5, em respeito às condições periodontais, o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de somente 1,8% (bBRASIL, 2010).

Nos idosos, em decorrência do reduzido número de dentes presentes, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais. Com relação ao edentulismo, avaliado pela necessidade de prótese dentária, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares (bBRASIL, 2010).

Os resultados da Pesquisa SB Brasil 2010 (PNSB - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal), em comparação com os resultados da Pesquisa SB Brasil 2003, servem como análise para identificar problemas e reorganizar as estratégias de prevenção e tratamento em saúde bucal nos programas desenvolvidos pelo governo federal como PSF (1994) e consolidar a PNSB (bBRASIL, 2010).

Aprovada a PNAB pelo Ministério da Saúde em 2011, ao que se refere à saúde bucal, são atribuídos processos de trabalhos ao cirurgião-dentista, ao técnico em saúde bucal e ao assistente em saúde bucal que visem ações de saúde individual e coletiva, preventiva e reabilitadora de acordo com planejamento da equipe e com resolubilidade (BRASIL, 2011).

Em 21 de setembro de 2017 é aprovada a Portaria nº 2.436 na qual se tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS. Os profissionais em saúde bucal que podem compor as equipes de Saúde da Família devem exercer suas funções de forma interdisciplinar garantindo o cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem solucionar problemas da comunidade de uma forma integrada compartilhando saberes, práticas e cuidados de acordo com a necessidade de saúde das pessoas (BRASIL, 2017).

A implantação do programa Brasil Sorridente (PNSB) trouxe o conceito de integralidade no processo de serviços de saúde bucal. Além disso, a maior

participação do governo federal na estruturação de políticas tem permitido a criação de uma rede articulada em diferentes níveis de atenção à saúde por meio do aumento do financiamento às Equipes de Saúde Bucal na ESF (PUCCA JUNIOR, G. A., et. al., 2009).

### **2.3 Saúde Bucal**

A saúde bucal compreende um estado em que a pessoa está livre de dores, desconfortos e alterações na boca e na face, abrangendo as condições de câncer oral ou na garganta, infecções e ulcerações bucais, doenças e quaisquer distúrbios que possam afetar a qualidade de vida, impedindo que o paciente coma, sorria, fale ou se sinta socialmente confortável (BRASIL, 2012).

A boca desempenha importantes funções que repercutem na saúde do organismo como um todo. Além de exercer papel fundamental na fala, na mastigação e na respiração, a boca é a maior cavidade do corpo a ter contato direto com o meio ambiente, sendo a porta de entrada para bactérias e outros microrganismos prejudiciais à saúde (BRASIL, 2018).

Uma boa higiene bucal diminui o risco de desenvolvimento de problemas bucais e dentários. É importante ressaltar que doenças da boca têm relação direta com o fumo, o consumo de álcool e a má alimentação (BRASIL, 2018).

Manter a higiene da boca é fundamental para a saúde do idoso. A escovação deve ser realizada após as refeições. Recomenda-se o uso de escova de haste longa, cabeça pequena, cerdas macias e cabos adaptáveis para facilitar o manuseio. O creme dental deve conter flúor. Uma quantidade de creme do tamanho de uma ervilha é suficiente para higienização. A utilização de fio dental e a limpeza da língua também são indispensáveis e combatem o mau hálito. Escovar a língua é muito mais eficiente do que usar enxaguante bucal. A tarefa deve ser feita uma vez ao dia, preferencialmente em horários noturnos (BRASIL, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde 2018, os principais agravos que acometem a saúde bucal no Brasil são: cárie dentária; doença periodontal – gengivite e periodontite; edentulismo; maloclusão; câncer de boca; fluorose dentária; e traumatismos dentários. Eles têm sido objetos de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade, sendo que a

prestação de serviços de saúde bucal devem priorizar os agravos mais prevalentes e de maior gravidade (BRASIL, 2018).

Destacam-se também, outros agravos monitorados em âmbito mundial que podem ser alvos das equipes de saúde, entre elas: erosão dental, alterações bucais relacionadas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e alterações congênitas. Os estudos epidemiológicos no Brasil realizados em 2003 e 2010 denominados Projeto SB Brasil, evidenciam a necessidade dos serviços de saúde bucal estarem preparados na promoção e recuperação da saúde. A interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira deve ser de responsabilidade da equipe de saúde do nível local (BRASIL, 2018).

Para o Ministério da Saúde, os agravos de saúde bucal são abordados pela equipe de saúde em conformidade com seus aspectos conceituais, epidemiológicos e fatores de risco:

#### **a) Cárie dentária**

A doença cárie é a doença de caráter bio-social, não infecciosa, não transmissível, açúcar-dependente e de maior prevalência no mundo. São lesões que ocorrem nas superfícies dos dentes devido à ação metabólica de micro-organismos do biofilme dentário (BRASIL, 2018).

Esses micro-organismos usam diferentes açúcares como fonte de energia, produzindo ácidos como resultado da sua fermentação biológica que desmineralizam as superfícies dos dentes, culminando nessas lesões. As manchas brancas ativas, que são as lesões iniciais de cáries, são manchas opacas e porosas que podem se tornar inativas, caso haja a remoção do biofilme (uso de escovas e fios dentais) e uso de produtos fluoretados (BRASIL, 2018).

Portanto, para a diminuição da cárie, é necessária a remoção do número de bactérias nas superfícies dentais, controle na ingestão do açúcar e uso de fluoretos de acordo com a necessidade da população como, por exemplo, uso de pastas e ingestão de água fluoretada (BRASIL, 2018).

Os resultados dos levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2003 e 2010) evidenciaram a redução na prevalência de cárie no Brasil. Em 2003, a prevalência de cárie era de 2,78 e em 2010 a prevalência ficou em 2,07. Mas ela ainda difere em diferentes populações, idade e regiões do País.

A falta de acesso ao flúor, fatores sociais e econômicos, consumo frequente de açúcar, hipossalivação e deficiência na higienização para remoção do biofilme dental são fatores que propiciam as lesões de cáries, sendo considerados fatores de riscos (BRASIL, 2003 e 2010).

No entanto, Lima (2007) não considera a cárie uma doença, mas sim uma lesão de esmalte provocada pelo desequilíbrio da biodiversidade bucal que, com o passar do tempo, será irrelevante ao ser humano, desde que sejam feitas estratégias objetivas de prevenção.

### **b) Doença Periodontal**

A doença periodontal é uma doença infecciosa que tem como principal determinante o biofilme dental. É um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente (gengiva e osso), podendo ter padrões variáveis de progressão (BRASIL, 2018).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 evidenciaram que os problemas periodontais aumentam, de modo geral, com a idade. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observou prevalência de 19,4%, sendo o fumo, diabetes, fatores culturais e socioeconômicos, imunodepressão e ausência de controle de placa fatores de risco para a doença (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

Segundo Tricia et al., (2007), a doença periodontal leve a moderada e avançada em diabéticos, em comparação com indivíduos saudáveis ou com gengivite, impacta negativamente a qualidade de vida deles, como: alimentação, atividades diárias, bem-estar, entre outros.

### **c) Edentulismo**

Aplica-se à perda parcial ou de todos os dentes, que tem como causas e fatores de risco a falta de acesso a tratamentos básicos e especializados, a baixa escolaridade, o fator congênito, a doença periodontal e cárie dentária e no modelo assistencial predominante mutilador aliado às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada (BRASIL, 2018).

Resultados de últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2003; 2010) indicam que a perda precoce de dentes é grave e o

edentulismo constitui-se, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública. Em idosos de 65 a 74 anos, 15,4% são totalmente desdentados, necessitando de próteses totais nos dois maxilares (BRASIL, 2018).

De acordo com Cardoso (2015), projeções para 2020, 2030 e 2040 do edentulismo no Brasil indicam que ele está diminuindo entre jovens e adultos, mas está aumentando e continuará a aumentar nas próximas décadas entre os idosos.

É comum a pessoa idosa utilizar próteses dentárias ou dentaduras. Para manutenção de sua saúde bucal, são necessários alguns cuidados básicos. As próteses totais devem sempre ser retiradas, à noite, antes de dormir. A não remoção pode ser prejudicial e auxiliar no desenvolvimento de doenças na mucosa. A higienização deve ocorrer, após as refeições, da seguinte forma: Higienização mecânica – retirar a prótese e escová-la com sabão neutro ou dentífrico. A escova utilizada deve ser macia. Limpe a mucosa (bochecha, céu da boca, gengivas, lábios) com o auxílio de uma gaze e higienização química – a prótese deve ser limpa e imersa em um copo de água com hipoclorito de sódio, conforme as orientações do dentista.

#### **d) Maloclusão**

A maloclusão é a terceira maior prevalência entre as patologias bucais, com índices menores apenas que a cárie e a doença periodontal. A Organização Mundial da Saúde (1962) descreve a maloclusão como conjunto de anomalias dentofaciais que causam deformação ou impedem a função e que, portanto, requerem tratamento.

Para o seu diagnóstico e intervenção precoce, é necessário o conhecimento de oclusão para que disfunções da mesma não acarretem efeitos na estética e nas funções orofaciais e, conseqüentemente, não interferindo negativamente na qualidade de vida, com prejuízos na interação social e no bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos (BRASIL, 2018).

A maloclusão é uma variação clínica proveniente da interação de fatores ambientais e de desenvolvimento, tais como: defeitos de desenvolvimento de origem desconhecida, hereditariedade, enfermidades sistêmicas, enfermidades locais, tamanho dos dentes, crescimento dentofacial, musculatura, perdas ósseas, cáries dentárias, tumores, traumatismos, hábitos nocivos, entre outros (BRASIL, 2018).

OS fatores psicossociais devem ser incorporados aos critérios clínicos considerando a decisão para o tratamento ortodôntico de maloclusões (MARQUES et al, 2005).

#### **e) Alterações de Tecido Mole e Câncer Bucal**

O hábito de fumar ou mastigar tabaco e o consumo de álcool estão diretamente relacionados com tumores malignos da cavidade oral, incluindo os de língua, assoalho da boca, gengiva, palato e outros locais da boca e está entre as principais causas de óbito por neoplasia, já que pesquisas indicam que 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados. É uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce (BRASIL, 2018).

Alguns tipos de câncer, cuja incidência aumentou em algumas populações, podem ser atribuídos ao papilomavírus humano (HPV) 16 e HPV 18 como possíveis agentes etiológicos. A infecção por HPV de alto risco é considerada como o principal agente etiológico do carcinoma cervical de células escamosas. Este cenário implica a necessidade de ações como campanhas sobre educação sexual e programas de vacinação, bem como o diagnóstico de doenças relacionadas com o HPV, tanto benignas como malignas (BRASIL, 2018).

O câncer bucal tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos e os seus principais fatores de risco são: fatores culturais e socioeconômicos, tabagismo (uso de cachimbos, hábitos de mascar fumo, entre outros), etilismo, exposição à radiação solar, deficiência imunológica (adquirida ou congênita) e uso crônico de álcool e tabaco associados potencializa o risco de aparecimento do câncer de boca (BRASIL, 2018).

#### **f) Fluorose Dentária**

A fluorose dentária é caracterizada por um espectro de mudanças que vão desde linhas opacas brancas finas cruzando transversalmente o longo eixo da coroa do dente até quadros nos quais áreas do esmalte gravemente hipomineralizadas se rompem e, geralmente, o esmalte restante fica pigmentado (BRASIL, 2018).

Ela pode ser leve, moderada e/ou severa dependendo do tempo e da quantidade de ingestão de flúor, e o seu grau de acometimento pode levar a prejuízos estéticos até prejuízos morfológicos e funcionais. É o resultado da ingestão crônica de flúor durante o desenvolvimento dental, que se manifesta como mudanças visíveis de opacidade do esmalte devido a alterações no processo de mineralização (BRASIL, 2018).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010) apontaram prevalência média, leve, muito leve e moderada na população. Resultados graves de fluorose são praticamente nulos.

Atribui-se à fluorose, a ingestão concomitantemente de flúor em pastas, água fluoretada e bebidas ou alimentação infantil em pó contendo fluoretos antes dos seis anos de idade (BRASIL, 2018).

Para Cangussu, 2002, a fluorose dentária constitui-se um relevante problema para a saúde bucal coletiva e que as formas mais severas da doença são observadas, geralmente em locais onde o flúor está presente em altas concentrações nos mananciais de água. Portanto, é necessário o controle da concentração adequada de flúor nos sistemas públicos de fornecimento de água.

#### **g) Traumatismo Dentoalveolar**

As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto de a criança/adolescente evitar sorrir e conversar. Traumatismo dentoalveolar consiste em lesão traumática que acomete estruturas dentárias e de seu periodonto (BRASIL, 2018).

O traumatismo dentoalveolar tem se tornado um problema de saúde pública no Brasil devido aos casos crescentes de violência, acidentes de trânsito e atividades esportivas e as características individuais das pessoas influenciam nos fatores de riscos para os traumas como: trespasse horizontal acentuado, hábitos parafuncionais de morder objetos e ausência de instrumentos de proteção na prática esportiva (BRASIL, 2018).

A Sociedade Brasileira de Odontopediatria recomenda que os dentistas exerçam papel fundamental na educação do público para o uso de

equipamentos de proteção durante a prática de atividades esportivas, com a finalidade de prevenir as lesões traumáticas orofaciais.

Outros agravos são: A Erosão Dental que é de uma patológica complexa devido à ação de quelação de ácidos de origem não bacteriana que provocam perda patológica, localizada e crônica da estrutura dentária. Os fatores que predispoem a erosão dental são: fatores associados à dieta, como consumo de suco de frutas cítricas, energéticos e refrigerantes, redução do fluxo salivar, refluxo gastroesofageal e bulimia (BRASIL, 2018).

A Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular, que é um tipo de dor definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e as estruturas associadas. Um estudo brasileiro verificou que 25,7% das pessoas que compareceram às consultas em uma clínica odontológica apresentavam algum tipo de dor orofacial (SIQUEIRA et al., 2008)

Os aspectos dor e capacidade funcional interferem no estado geral de saúde; os pacientes com disfunção temporomandibular e dor orofacial sofreram impacto negativo na qualidade de vida pelo prejuízo dos aspectos físicos e mentais (KUROIWA, 2011).

Os principais fatores de riscos para as disfunções temporomandibulares são: genéticos, traumas, fatores psicossociais (depressão, ansiedade, estresse pós-trauma etc.), anatômicos (esqueléticos), fisiopatológicos, doenças sistêmicas (doenças degenerativas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, neurológicas, vasculares e reumatológicas), doenças locais (alteração na viscosidade do líquido sinovial, pressão intra-articular aumentada, estresse oxidativo, etc.) (BRASIL, 2018).

Nas malformações congênitas, os principais fatores de risco que levam as fissuras orais (labial, labiopalatina ou palatina) congênitas da boca são: tabagismo materno, alcoolismo materno, carências nutricionais, exposição materna a riscos ocupacionais (solventes e defensivos agrícolas, por exemplo), medicações teratogênicas, infecções virais no primeiro trimestre da gestação e genéticos. Eles provocam a falta de fusão dos processos nasais mediais e destes com os maxilares durante a formação do bebê. As fissuras podem ser diagnosticadas ainda no útero da mãe na décima quarta semana de gestação. No Brasil, estima-se entre 1,5 e 1 caso por mil nascidos vivos (BRASIL, 2018).

A criança portadora de malformação congênita necessita de atenção especializada e de uma equipe multidisciplinar, na qual o enfoque primordial da recuperação envolva a integração do paciente no ambiente familiar e social. A família ao ser informada da deformidade da criança apresenta-se de forma amedrontada e desamparada (SANTOS, DIAS, 2005).

Os estudos mostram que quando os pais e familiares recebem as devidas informações e suportes, geralmente, passam a aceitar a criança de forma realista e esta aceitação é o ponto chave de conduta dos profissionais de saúde. Assistência adequada a ser prestada à criança com malformação demanda, além de treinamento técnico, sensibilidade e habilidade da equipe multidisciplinar, o que a torna capaz de perceber e intervir na dimensão biopsicossocial e espiritual, da criança e da família (SANTOS, DIAS, 2005).

#### **2.4 Saúde Bucal Do Idoso**

Há inúmeras evidências de que a manutenção de uma dentição natural saudável na velhice é benéfica de um ponto de vista estrutural, funcional e psicossocial. Manter e restaurar dentes e função oral em idosos é importante. A perda dentária prejudica significativamente o desempenho mastigatório ocorrendo uma mudança inconsciente na ingestão de alimentos frequentemente comuns, proporcionando desnutrição. Má aparência oral e mau hálito podem impedir atividades sociais (MÜLLER et. al., 2017).

O envelhecimento fisiológico e comprometimento cognitivo acarreta perda de autonomia devido à visão prejudicada, redução de destreza, e conseqüentemente dependência para as atividades de vida diária. A má higienização em dentes naturais ou em próteses pode criar um biofilme e a sua aspiração pode levar a pneumonia e morte. Idosos institucionalizados, especialmente aqueles com comprometimento cognitivo, com demência, geralmente tem mais problemas com a saúde bucal devido à dificuldade de manuseio na higienização de dentes naturais e próteses (MÜLLER et. al., 2017).

Nesse sentido, em estudo realizado por Villela et al., (2015), foi constatado que o método que melhor controla o biofilme bucal na incidência de pneumonia nasocomial (pneumonia frequente nas UTIs cujos principais fatores etiológicos incluem bactérias colonizadoras e oportunistas da cavidade oral), é

a utilização de solução de clorexidina 0,12% e não a escovação dental. Essa concentração de clorexidina não agride a mucosa oral e não ocorre o deslocamento do biofilme dental para a orofaringe posterior, quando realizada a escovação mecânica.

A população idosa brasileira se encontra em condições de saúde bucal precárias, com grande participação de componente extraído e alta prevalência de edêntulos. O serviço público deveria direcionar ações para essa população, especificamente edêntula, criando serviços de próteses dentárias propiciando ao idoso uma melhor qualidade de vida (COLUSSI, FREITAS, 2002).

Os resultados das condições bucais dos idosos brasileiros variam muito de acordo com a amostra abordada (domiciliar, institucionalizada ou usuária de serviços de saúde) e não há padronização da classificação da caracterização da saúde bucal do idoso, o que dificulta a comparação dos achados em pesquisas. A dificuldade de acesso aos serviços odontológicos é devido à falta de escolaridade, baixa renda e escassez dos serviços públicos de atenção à saúde bucal. Apesar dos avanços do SUS e da implantação do ESF, a universalidade de acesso ainda não é uma realidade. É preciso ampliar a atenção para grupos desprovidos economicamente e excluídos socialmente (MOREIRA et. al., 2005).

Para ter-se uma boa qualidade de vida na terceira idade, é indispensável a saúde bucal na população que envelhece. As populações de idosos que são expostas a situações de vulnerabilidade social são populações que refletem o processo saúde/doença. Os maiores problemas bucais dos idosos são as cáries radiculares e doença periodontal, o que acarretam as extrações dentárias. Por isso, é fundamental a incorporação de cirurgião-dentista à equipe de saúde em instituições e utilização de práticas de higienização para o cuidado da saúde bucal dos idosos (SIMÕES, CARVALHO, 2011).

Segundo Rosa (2008), algumas condições clínicas fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento que podem estar presentes na cavidade bucal do idoso são: redução da capacidade gustativa, alterações das glândulas salivares provocando a xerostomia, diminuição na produção da amilase salivar, o que dificulta a deglutição e posterior digestão dos alimentos e alterações no periodonto e dentes, provocando o uso de próteses.

Em concomitância, Rosa (2008), considera que um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade mastigatória de 100%. Com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser de 70%, podendo chegar a 25% com o uso de próteses totais.

A diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, a secura na boca e as modificações no paladar têm efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo idoso, apesar de não existirem doenças bucais relacionadas diretamente à velhice (SILVA, 2000).

Neste contexto, o idoso institucionalizado faz parte de um grupo cuja exclusão social foi devida, principalmente, a marcas e sequelas decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis e que foram direcionados para as Instituições de Longa Permanência (ILP) por familiares e amigos, sendo privados de todos os seus projetos (FREIRE, TAVARES, 2004).

Em estudo realizado por De Visscheres et. al. (2006), a pobre higiene bucal entre idosos institucionalizados é confirmada tanto nos dentes naturais quanto nas próteses. Os dentes, periodonto e próteses são reservatórios de patógenos que podem chegar a corrente sanguínea e promover infecções como endocardites e meningites, além de sua aspiração ter sido apontada como uma causa de pneumonia entre idosos institucionalizados. A prática diária de higiene bucal e o recebimento de cuidados regulares dentários são meios econômicos para minimizar a morbidade das infecções orais e suas sequelas não-orais (SHAY, K., 2002; DE VISSCHERES et al, 2006).

## **2.5 Instituição de Longa Permanência (ILP)**

Na tentativa desagregar assistência à saúde, oferecendo algo mais do que somente um abrigo integrado à assistência social, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a mudança na denominação dos “asilos”, “casas de repouso”, “abrigos” e “casas geriátricas”, para Instituições de Longa Permanência devido ao preconceito com os residentes carentes, sem abrigo e ausentes de políticas públicas (CAMARANO, KANSO, 2010).

Para Sá et al.,(2015), com o envelhecimento populacional, cada dia mais a família encontra mais dificuldades para cuidar de seus idosos em suas casas. A internação em ILP é a única saída dos familiares. Geralmente os motivos de institucionalização estão relacionados com a baixa renda dos idosos, suporte

social precário, viuvez e baixa oportunidade de empregos associados ao alto custo com a própria saúde (SÁ et. al., 2012).

As instituições funcionam com uma equipe mínima constituída por uma assistente social, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e equipe de apoio. E a maioria destas instituições não possui um cirurgião-dentista para avaliação e atendimento aos residentes. Portanto, a precariedade da situação da saúde bucal em idosos institucionalizados é notória, apesar de poucos estudos nessa área (SÁ et. al., 2012).

As ILP's são instituições para idosos, governamentais ou privadas, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar. Elas são normatizadas pelo Regulamento Técnico para funcionamento das Instituições de Longa Permanência através da Resolução RDC nº283 de 26 de setembro de 2005 que considera os direitos dos idosos assegurados na legislação em vigor; a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde; a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação; os mecanismos de monitoramento das instituições e a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados (BRASIL, 2005).

O papel do Estado na área de cuidados de longa duração centra-se, quase exclusivamente, no abrigo de idosos pobres. As políticas de cuidados de longa duração são de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) cabendo à vigilância sanitária, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o papel de fiscalização.

Entre 2007 e 2008 foi realizado um levantamento censitário coordenado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), onde participaram 3.295 (92,8% das instituições identificadas) instituições em todo o território nacional. Os resultados indicaram que cerca de 100 mil pessoas vivem nas ILP's, das quais 84 mil são idosas, o que representa menos de 1% da população brasileira (CAMARANO, KANSO, 2010).

Estas são pequenas, abrigoando cerca de 30 residentes por unidade com predominância do sexo feminino (57,3%); 65,2% dessas instituições são de natureza filantrópica, fato que assegura isenções de impostos, portanto maiores chances de receberem doações e voluntariado; os recursos financeiros advém principalmente dos residentes e/ou familiares (57%), de

financiamento público (20%) e de recursos próprios (12,6%); a maior despesa, cerca de 52,5% dos gastos, é destinada ao pagamento de funcionários, 14,1% do total é destinado a alimentação e 9,4% ao pagamento de despesas fixas como telefone, água e gás (CAMARANO, KANSO, 2010).

Outros gastos como consertos, manutenção da casa e papelaria correspondem a 18,8%. O Estado, apesar de fornecer pouco suporte financeiro, aporta outro tipo de financiamento como o fornecimento de medicamento e serviços médicos através do SUS. São encontradas também parcerias privadas como as religiosas e com universidades (CAMARANO, KANSO, 2010).

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar os aspectos da saúde bucal de idosos da cidade de Manhuaçu, MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Descrever os aspectos de saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados quanto à:

- CPO-D
- Presença de placa bacteriana
- Presença de mobilidade dental
- Presença de próteses removíveis
- Assistência profissional odontológica

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal por amostra de conveniência. O estudo transversal é uma forma de estudo observacional de grande utilidade em estudos descritivos, pois o pesquisador observa e registra os fenômenos que ocorrem espontaneamente num determinado momento do processo saúde-doença, não interferindo nesse processo (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO J., et al., 2018).

### **4.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado com idosos na cidade de Manhuaçu/MG. A cidade se localiza a uma distância de 283 Km de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais. O município possui área total de 628,31Km<sup>2</sup> de extensão, possui uma população estimada para 2018 em 89.256 pessoas e sua renda per capita em 2015 era de R\$ 22.520,84. Atualmente, Manhuaçu é o polo econômico de prestação de serviços e oferece aos moradores e visitantes a melhor infraestrutura hoteleira e comercial da região vertente do Caparaó. (IBGE, 2018).

### **4.3 Participantes da pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram 80 idosos do município de Manhuaçu, MG, sendo 40 institucionalizados e 40 não institucionalizados.

A população institucionalizada foram os idosos com mais de 60 anos residentes na única ILP da cidade denominada Asilo São Vicente de Paulo. A instituição pesquisada possui 51 residentes dos quais 40 foram avaliados. Com o apoio da prefeitura de Manhuaçu, o asilo obtém recursos financeiros dos próprios internos e de doações públicas e privadas.

A amostra não institucionalizada foi realizada com idosos em consultório odontológico do município. Para tal amostra, o critério de exclusão apenas eliminou idosos com idade abaixo de 60 anos.

#### 4.4 Critérios de Participação

Foram incluídos na pesquisa, os idosos que tinham 60 anos ou mais.

#### 4.5 Instrumentos de coleta

Os dados dos idosos institucionalizados foram coletados por meio de pesquisa aos registros da instituição, aplicação de questionário aos idosos e exame clínico da cavidade bucal (Anexo 4).

A coleta de dados se deu entre os meses de junho/2018 e maio/2019 em três momentos: no primeiro momento foi realizada uma consulta ao prontuário do residente na qual foi coletada informações referentes a idades, sexo, uso de medicamentos rotineiros, tempo de institucionalização, quais os medicamentos rotineiros usados e se há alguma patologia crônica existente, como diabetes, hipertensão e problemas cardíacos, entre outras (Anexo 4).

Em um segundo momento, foi aplicado um questionário na qual identificou-se a alfabetização do idoso e a assistência odontológica. Complementando o questionário, foi acrescentada uma avaliação na qual identificamos a renda, raça/cor, estado civil, número de filhos, fumante/ex-fumante e etilista/ex-etilista. Caso o idoso apresentasse dificuldades para responder às questões do questionário, esta era realizada com a ajuda do cuidador/responsável da instituição (Anexo 4).

No terceiro momento realizou-se por meio de exame clínico bucal, sendo avaliadas as seguintes variáveis (Anexo 4):

- CPO-D: sigla usada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a prevalência da cárie dentária em diversos países. São avaliados a quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO), e o D indica que a unidade de medida é o dente. De acordo com os Descritores de Ciências da Saúde (DECS), o termo *edêntulo* é a ausência completa de dentes de ambas as arcadas (superior e inferior). A ausência parcial de dentes em uma delas é a arcada parcialmente edêntula.

- Placa Bacteriana: também referida como biofilme e placa dental, é o acúmulo de bactérias da flora/ microbiota bucal sobre a superfície dos dentes e que é o fator determinante para que ocorra a cárie e a doença periodontal (BRASIL, 2012).

- Mobilidade Dentária: sinal de uma disfunção ou doença das estruturas periodontais. A mobilidade dental é a possibilidade do dente de se deslocar em vários sentidos. Pode ser um importante alerta do início de algum problema. Consequência das reações inflamatórias e imunológicas nos tecidos periodontais induzidas pelos micro-organismos do biofilme dental (placa bacteriana), danificando o tecido conjuntivo e o osso alveolar (VIEIRA, PÉRET, PÉRET FILHO, 2010).

- Presença de próteses removíveis: aparelhos utilizados em substituição aos dentes ausentes que podem ser retiradas e recolocadas na boca (BRASIL, 2012).

- Assistência profissional odontológica: totalidade de serviços odontológicos: diagnósticos, preventivos e restauradores fornecidos de modo a satisfazer às necessidades de um paciente (JABLONSKI, 1982).

Os idosos institucionalizados estavam sentados ou deitados em seus leitos, em luz natural, sendo empregado espelho bucal previamente esterilizado, luvas descartáveis e espátulas de madeira. Os idosos não institucionalizados foram avaliados na cadeira odontológica com os mesmos instrumentais e conduta.

Na população avaliada, descartou-se o uso de sonda periodontal para evitar manipulação de tecidos orgânicos.

A análise do prontuário, a aplicação do questionário e o exame clínico bucal foi realizado pela própria pesquisadora (Juliana Dias Grapiuna - CRO MG 25862), assim como a estruturação do questionário.

#### **4.6 Análise estatística**

Os dados referentes ao questionário e ao exame clínico foram registrados numa ficha odontológica individualmente. Para o processamento dos dados coletados, foi utilizado o programa da plataforma do google, que tem como base o Excel.

Para a estatística descritiva das variáveis qualitativas foi utilizado frequência e percentual e para as variáveis numéricas utilizou-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo.

Para verificação da normalidade dos dados foi aplicado o teste de Kolmogorov smirnov. Para a correlação das variáveis de duas categorias

aplicou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson, e para análise entre variáveis numéricas e qualitativas, o teste U de Mann-Whitney em função da distribuição não normal dos dados com nível de significância a 5%.

Os testes foram realizados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences, SPSS, versão 25.

#### **4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa**

O projeto desta investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FACIG e aprovado através do parecer de número: 2.684.949, cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 466/12 e seguirá às normas do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde dispostas na Resolução 510/16 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016).

O primeiro contato com a única ILP do município se deu através de uma conversa com os funcionários responsáveis esclarecendo os objetivos e benefícios que o estudo proporcionaria aos residentes da instituição. Após o interesse dos responsáveis, foi encaminhada uma solicitação de autorização por escrito através do Termo de Anuência da instituição (Anexo 2).

À pesquisadora, foi assinado o Termo de Compromisso pelo qual a mesma dispõe-se no cumprimento idôneo da pesquisa (Anexo1).

No uso do material coletado para a pesquisa, a identidade dos informantes foi preservada, para tanto receberam um código numérico e ainda foi garantida a liberdade de desistir de sua participação na pesquisa quando desejarem.

Para os participantes da pesquisa, foi solicitada autorização por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) comprovando a participação e assegurando sua autonomia. Para aqueles que não tinham condições psicológicas de compreensão do TCLE, dificuldade no entendimento da pesquisa, distúrbios cognitivos ou que eram assistidos ou representados, a assinatura da autorização foi realizada pelo representante legal do idoso ou por um responsável da própria instituição que residia (Anexo 3).

#### **4.8 Riscos e desconfortos**

O tipo de procedimento apresentava riscos de eventuais quedas e dificuldades de locomoção, mas que foram reduzidos porque o questionário e o exame clínico foram realizados com os idosos institucionalizados sentados ou deitados confortavelmente em seus leitos com a presença de um colaborador/funcionário indicado pela instituição. Para os idosos não institucionalizados, esses foram avaliados em consultório odontológico.

## 5. RESULTADOS

Os resultados mostram maior público do sexo feminino tanto em idosos não institucionalizados (55%) como em idosos institucionalizados (55%). Observou-se significância estatística entre os grupos de idosos institucionalizados e não institucionalizados com as variáveis alfabetizado ( $p < 0,001$ ), renda ( $p < 0,001$ ), estado civil ( $p < 0,001$ ) e número de filhos ( $p < 0,001$ ).

Embora o público de idosos institucionalizados tenha sido considerado mais velho, a distribuição desta variável é normal em ambos ( $p=0,023$ ).

No grupo institucionalizado, o número de idosos não alfabetizados foi maior, a renda foi de no máximo até um salário (100,0%), solteiros (70,0%) e 63,2% possuíam apenas um filho. Enquanto que no grupo não institucionalizado, a quantidade de alfabetizados foi superior (62,5%), a renda distribuiu-se em até um salário (45%) e de um a três salários (32,5%), 60% era casado e 77,5% possuíam de dois a quatro filhos (tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização da amostra e associação entre idosos não institucionalizados e institucionalizados.

Variáveis		Não institucionalizado		Institucionalizado		P
		N	%	N	%	
Sexo	Feminino	22	55,0	22	55,0	1,000*
	Masculino	18	45,0	18	45,0	
Alfabetizado	Não	15	37,5	34	85,0	<0,001*
	Sim	25	62,5	6	15,0	
Renda	Acima de 6 salários	6	15,0	0	0,0	<0,001*
	Até 1 salário	18	45,0	40	100,0	
	De 1 a 3 salários	13	32,5	0	0,0	
	De 4 a 6 salários	3	7,5	0	0,0	
Raça/cor	Branco	14	35,0	15	37,5	0,366*
	Pardo	22	55,0	17	42,5	
	Preto	4	10,0	8	20,0	
Estado civil	Casado	24	60,0	1	2,5	<0,001*
	Solteiro	0	0,0	28	70,0	
	Viúvo	12	30,0	6	15,0	
Número de filhos	0	1	2,5	24	63,2	<0,001*
	1	2	5,0	4	10,5	
	2	14	35,0	4	10,5	
	3	10	25,0	2	5,3	

	4	7	17,5	2	5,3	
	5	1	2,5	2	5,3	
	6	3	7,5	0	0,0	
	7	2	5,0	0	0,0	
Idade	Média (DP)	70±7		75±10		0,023**

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: \*Chi-quadrado de Pearson; \*\*Mann-Whitney

Quanto aos hábitos de vida, observou-se associação entre os grupos com as variáveis ex-fumante ( $p=0,018$ ) mostrando maior predomínio no grupo não institucionalizado (35,0%) assim como maior presença de etilistas neste grupo ( $p=0,025$ ) com 30%. Quanto ao uso de medicamentos rotineiros ( $p=0,003$ ), observou-se que 95% dos idosos institucionalizados utilizavam e os não institucionalizados (70%). Quanto às comorbidades ( $p=0,022$ ) estas estiveram mais presentes no grupo de idosos institucionalizados (85,0%), conforme demonstra tabela 2.

**Tabela 2.** Hábitos de vida e de saúde de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Variáveis		Não institucionalizado		Institucionalizado		P
		N	%	N	%	
Fumante	Não	32	80,0	27	67,5	0,204*
	Sim	8	20,0	13	32,5	
Ex-fumante	Não	26	65,0	35	87,5	0,018*
	Sim	14	35,0	5	12,5	
Etilista	Não	28	70,0	36	90,0	0,025*
	Sim	12	30,0	4	10,0	
Ex-etilista	Não	28	70,0	31	77,5	0,446*
	Sim	12	30,0	9	22,5	
Uso de medicamentos rotineiros	Não	12	30,0	2	5,0	0,003*
	Sim	28	70,0	38	95,0	
Comorbidades	Não	15	37,5	6	15,0	0,022*
	Sim	25	62,5	34	85,0	

Fonte: Elaboração Própria.

Legenda: \*Qui-quadrado de Pearson

Quanto ao total de dentes presentes, observou-se correlação em todos os grupos, mostrando que na arcada superior ( $p<0,001$ ), inferior ( $p<0,001$ ) e o

total de dentes ( $<0,001$ ) foi menor em idosos institucionalizados. O número de dentes perdidos ( $p<0,001$ ) foi maior também neste grupo (tabela 3).

**Tabela 3.** Presença de dentes em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Variáveis			Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	P
Dentes Superior	Institucionalizado	Não	0	0	16	4	6	$<0,001$
		Sim	0	0	11	0	2	
Dentes Inferior	Institucionalizado	Não	5	0	15	6	6	$<0,001$
		Sim	0	0	10	1	3	
Dentes Total	Institucionalizado	Não	5	0	30	10	11	$<0,001$
		Sim	0	0	21	1	4	
Número de dentes perdidos	Institucionalizado	Não	28	2	32	23	11	$<0,001$
		Sim	32	11	32	31	4	

Fonte: Elaboração Própria.

**Legenda:** \*Teste U de Mann-Whitney

Ao analisar as características odontológicas entre os grupos de idosos institucionalizados e não institucionalizados, observou-se associação estatística com todas as variáveis, exceto com a presença de próteses removíveis ( $p=0,654$ ).

Entre os grupos, 80% dos idosos institucionalizados não foram avaliados por um profissional de saúde bucal, enquanto 70% dos não institucionalizados foram avaliados.

A presença de cáries ( $p=0,002$ ), dentes obturados ( $p<0,001$ ) foi maior no grupo de idosos não institucionalizados. A presença de placa bacteriana ( $p<0,001$ ) e de doença periodontal ( $p<0,001$ ) também foi maior em idosos não institucionalizados. Quanto aos fatores associados aos dentes do arco superior e inferior, no grupo não institucionalizado, a ausência de prótese foi maior, enquanto no grupo institucionalizado, o número de idosos desdentados sem uso de próteses, foi superior (tabela 4).

**Tabela 4.** Características odontológicas de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Variáveis	Não institucionalizado		Institucionalizado		P	
	N	%	N	%		
Se avaliado por um profissional de saúde bucal	Não	12	30,0	32	80,0	<0,001
	Sim	28	70,0	8	20,0	
Presença de cáries visíveis nos dentes	Não	15	37,5	4	10,0	0,002
	Não possui dentes	16	40,0	33	82,5	
	Sim	7	17,5	3	7,5	
Presença de dentes obturados	Não	9	22,5	7	17,5	<0,001
	Não possui dentes	16	40,0	33	82,5	
	Sim	15	37,5	0	0,0	
Presença de placa bacteriana visível nos dentes	Não	14	35,0	1	2,5	<0,001
	Não possui dentes	16	40,0	33	82,5	
	Sim	10	25,0	6	15,0	
Presença de doença periodontal mobilidade dentária	Não	18	45,0	1	2,5	<0,001
	Não possui dentes	16	40,0	33	82,5	
	Sim	6	15,0	6	15,0	
Presença de próteses removíveis	Não	20	50,0	22	55,0	0,654
	Sim	20	50,0	18	45,0	
Dentes Arco superior	Ausência de Prótese	8	20,0	0	0,0	0,002
	Desdentado - Sem Uso	11	27,5	22	55,0	
	Parcial	5	12,5	1	2,5	
	Total	16	40,0	17	42,5	
	Total	16	40,0	17	42,5	
Dentes Arco inferior	Ausência de Prótese	9	22,5	1	2,5	<0,001
	Desdentado - Sem Uso	15	37,5	33	82,5	
	Parcial	5	12,5	1	2,5	
	Total	11	27,5	5	12,5	
	Total	11	27,5	5	12,5	

Fonte: Elaboração Própria.

**Legenda:** \*Chi quadrado de Pearson

O índice CPO-D foi maior nos idosos institucionalizados ( $31,1 \pm 2,7$ ), assim como o número de dentes perdidos também foi maior ( $30,7 \pm 3,8$ ) já o número de dentes presentes foi maior no grupo não institucionalizado ( $10 \pm 11,2$ ) que conseqüentemente, também teve maior número de dentes cariados ( $0,7 \pm 1,8$ ) e obturados ( $6,0 \pm 8,8$ ) (tabela 5).

**Tabela 5.** Descrição das condições de saúde bucal e idade através das variáveis quantitativas de idosos estratificados por institucionalizados e não institucionalizados.

Variáveis	Não institucionalizado		Institucionalizado	
	Média	DP	Média	DP
Índice CPO-D	29,4	6,5	31,1	2,7
Número de dentes cariados	0,7	1,8	0,3	1,3
Número de dentes obturados	6,0	8,8	0,0	0,0
Número de dentes perdidos	22,6	11,0	30,7	3,8
Número de dentes presentes	10,0	11,2	1,2	3,8
Idade do individuo	70,0	7,0	75,0	10,0

## 6. DISCUSSÃO

A maioria dos idosos avaliados é do sexo feminino para as duas populações. Esse fato pode ser explicado pelo maior número absoluto de mulheres do que homens na população brasileira e pelo fato da expectativa de vida do sexo feminino ser superior à do sexo masculino (IBGE, 2010).

Outros autores também evidenciam a predominância do sexo feminino em seus estudos com idosos (PINHEIRO et al., 2018). Para Ferreira et al., 2009, algumas ILPs preferem receber idosos do sexo feminino pelo fato das mulheres contribuírem mais com a ajuda nas tarefas diárias dentro das instituições.

A alfabetização foi menor no grupo de idosos institucionalizados. As características da população estudada quanto ao número de alfabetizados são comparáveis às descritas para os institucionalizados na cidade Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Esse resultado reflete a falta de prioridade no ensino, o baixo nível de escolaridade e ausência de políticas públicas nessa faixa etária em diversos níveis sociais, mostrando um descaso maior com as populações excluídas socialmente (FERREIRA, et al., 2009).

Observou-se que entre os idosos institucionalizados, a renda foi menor quando comparado aos não institucionalizados. Corrobora com essa pesquisa, um estudo sócio demográfico e clínico de idosos residentes em uma ILPI filantrópica de um município do interior do estado do RS. Foram evidenciadas condições como pouca escolaridade, baixa qualificação profissional e renda, ao lado das condições crônicas de saúde (SILVA, 2019).

Destaca-se que o estado civil solteiro foi predominante na maioria dos idosos institucionalizados. Característica semelhante foi encontrada por Sá et al., 2011 em estudo com idosos numa ILP no município de São Gonçalo-RJ. Segundo esse estudo, essa condição justificaria a institucionalização desses idosos. Para Ferreira et al., 2009, essa condição também pode ser um motivo para institucionalização, já que a falta de um companheiro e conseqüentemente de um cuidador, justificaria a internação. Já nos idosos não institucionalizados da pesquisa realizada, o número de casados ou viúvos foi predominante.

Estudo realizado em idosos institucionalizados e não institucionalizados na cidade de Recife - PE mostrou que diferenças significantes existiam entre os grupos: os institucionalizados eram na sua maioria do sexo feminino, possuíam pior nível de escolaridade, maior número de dentes perdidos, eram na sua grande maioria solteiros, e maior taxa de edentulismo (SOUZA et al., 2010).

O número de filhos também foi um fator observado na pesquisa, onde em idosos institucionalizados possuíam menos filhos comparados ao outro grupo. Assim, os motivos que estimulam a institucionalização podem ser a falta de pessoas que possam dar aos idosos a assistência, cuidado e o acolhimento necessário. As políticas públicas direcionadas aos idosos recomendam a permanência e o cuidado realizado por sua própria família, exceto em casos onde não há condições mínimas de sobrevivência.

Portanto, a compreensão acerca que justifica a institucionalização dos idosos da pesquisa, pode ser o fato deles serem na sua grande maioria, solteiros e sem filhos. A ausência do cuidar, da acolhida e da assistência realizada pelos familiares, inviabiliza a permanência com eles.

Quanto aos hábitos de vida, observa-se que o número de fumantes no grupo dos institucionalizados é maior. Segundo Camargo et al., 2016, o tabagismo é considerado fator de risco para a reincidência e progressão da doença periodontal, interferindo nas respostas à sua terapias. O tabagismo não só pode facilitar a colonização da cavidade oral por bactérias patogênicas, como também por bolores e leveduras patogênicas.

Os mecanismos pelos quais o tabaco interfere significativamente nas condições periodontais estão relacionados à diminuição do fluxo sanguíneo gengival e diferença no número de vasos sanguíneos na gengiva marginal provocando assim, a diminuição na resposta imunológica. Os efeitos citotóxicos da nicotina prejudicam a inserção de fibroblastos à superfície radicular além de reduzir os níveis séricos de vitamina C, um importante nutriente para o processo de cicatrização (CAMARGO, et al., 2016).

A presença de comorbidades foi maior nos institucionalizados, assim como o uso de medicamentos rotineiros. Nesse contexto, segundo Pires et al., 2017, vários medicamentos podem provocar alterações adversas na cavidade oral. As manifestações mais comuns são: xerostomia, hiperplasia gengival, ulcerações, baixo fluxo salivar, mucosites, lesões aftosas e hiperpigmentação.

Por isso, uma anamnese criteriosa é de suma importância para o diagnóstico das lesões, identificando qual droga está causando determinada alteração e conseqüentemente saber qual o tratamento proceder. As manifestações adversas orais nem sempre estão presentes quando o indivíduo faz o uso, mas alguns fatores são importantes em seu desenvolvimento, tais como higiene bucal insatisfatória, tempo de uso da droga, susceptibilidade individual, predisposição genética, capacidade de metabolização das drogas e fatores hormonais (PIRES et al., 2017).

Evidenciou-se que, nos institucionalizados, quase que a totalidade não havia sido avaliada por um profissional de saúde bucal. Segundo Ferreira et al., 2009, as políticas públicas de saúde deveriam incluir os idosos institucionalizados para ampliar e qualificar a atenção básica incluindo procedimentos especializados em saúde bucal.

Ressalta-se que a prestação de cuidados em saúde bucal no Brasil é caracterizada historicamente pela baixa complexidade, de caráter mutilador e curativo e de acesso restrito a população. O Sistema Único de Saúde (SUS) fornece cuidados universais à população, mas que apenas 37% dela têm acesso a esse serviço. Entre os idosos brasileiros que possuem dentes, o uso de serviços odontológicos foi de 26,6% e entre os desdentados, de 10,4%. Portanto, isso indica que o uso dos serviços odontológicos foi menor entre os que mais necessitavam. (PESSOA et al., 2016).

Conforme estudo realizado nas ILPs privadas em Porto Alegre - RS, por Mello e Padilha, 2008, constatou-se que o cuidado bucal não segue nenhum tipo de protocolo ou padronização. As pessoas idosas institucionalizadas recebem atendimento, porém os cuidados em saúde bucal nem sempre foram uma prioridade. Os procedimentos utilizados mais frequentemente nas ILPs foram: escovação dentária, limpeza de próteses, uso de enxaguantes bucais, imersão de próteses e limpeza da língua. O cuidado bucal é conduzido empiricamente, e a responsabilidade é deixada aos cuidadores que não possuem protocolo, falta conhecimento sobre práticas de higiene bucal e falta formação adequada.

O resultado extraído da análise das condições bucais evidenciou que o número de dentes perdidos foi maior em idosos institucionalizados.

Evidenciou-se que, do total da amostra dos institucionalizados, 82,5% são desdentados totais e somente 17,5% possuem algum dente. Dentre os desdentados totais, 45% fazem uso de próteses removíveis, sendo que na maioria dos avaliados, houve relato de queixas devido estas próteses estarem causando algum tipo de desconforto, seja ele funcional ou estético. Diante desse fato, o mesmo idoso pode usar uma prótese e ao mesmo tempo necessitar de uma nova prótese bucal para estabelecer retenção, estabilidade, fixação e estética.

Assim, 55% dos desdentados totais institucionalizados não são reabilitados proteticamente. Isso reflete uma prática odontológica mutiladora no passado, baseada no tratamento da moléstia e de ausência de políticas públicas de prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal que os idosos viveram.

A maioria dos idosos institucionalizados não usam próteses no arco inferior. Isso pode ser devido ao fato da dificuldade de retenção e estabilidade no uso da mesma decorrente da alta reabsorção óssea pela perda precoce dos dentes. Um fator que pode agregar ao maior uso das próteses superiores além da maior retenção óssea dentre outras, é o fator estético, já que ela apresenta-se mais visível. A necessidade de prótese superior da amostra institucionalizada é de 55%, e de prótese inferior é de 82,5%.

Em estudo da condição bucal da população institucionalizada brasileira, realizado por Piovezam e Lima, 2012, verificou-se também, alto índice de idosos desdentados, sendo que a maioria era composta por mulheres (53,5%). A necessidade de próteses superiores e inferiores foram de 61,5% e 79,2% respectivamente com média de apenas 4 dentes presentes na cavidade bucal. Os autores demonstram o alto nível de perda dentária e o baixo nível de reabilitação, expondo assim a precária condição de saúde bucal nas ILPs brasileiras.

Assim, a partir da análise de dados extraídos de outras pesquisas, verifica-se que o edentulismo é ainda um dos grandes problemas de saúde pública em diferentes localidades e em diferentes níveis socioeconômicos.

É importante destacar que fatores socioeconômicos podem estar relacionados com a prevalência do edentulismo entre os idosos. Em estudo realizado em instituições geriátricas em Montpellier, sul da França, a

prevalência do edentulismo foi de 27% do total da amostra, sendo que 16,7% precisavam de próteses totais no arco superior e 18,1% precisavam de próteses totais no arco inferior (MONTAL, et al., 2006).

Evidenciou-se também que a perda total de dentes dos idosos não institucionalizados foi expressiva, representando 40% da população, porém menor do que a perda de dentes dos institucionalizados (82,5%).

O último levantamento epidemiológico nacional das condições de saúde bucal da população brasileira que foi realizado em 2010, conhecido como Projeto Brasil 2010, revelou que o Brasil apresenta prevalência de edentulismo entre as mais altas do mundo, que aproximadamente  $\frac{3}{4}$  (53,7%) da população idosa brasileira apresentam uso e necessidade de prótese dentária em decorrência do alto índice de perda dentária, sendo superada apenas pela Turquia com 67% (2007) e por Portugal com 70% (2000). Em contrapartida, as menores prevalências de perdas são encontradas nos EUA com 24% (1999-2002), Austrália, 20% (2004-6), Noruega, 16% (2008) e França, 16% (2000) (AZEVEDO et al., 2017).

Nesse estudo, a maior prevalência de edentulismo em idosos foi observada em mulheres, nos de menores renda e escolaridade e não variou segundo a cor da pele. Entre os idosos, apenas renda e escolaridade foram associados ao edentulismo. Conforme diminui a renda e escolaridade, aumentam as prevalências de edentulismo. Neste estudo, cor da pele não associou com perdas dentárias, indicando, nesse caso, o maior peso das condições sociais e econômicas do que das raciais (AZEVEDO, et al., 2017).

A média de dentes perdidos dos idosos não institucionalizados pesquisados foi de aproximadamente 22 dentes, sendo que em idosos brasileiros com 65-74 anos, a média de dentes perdidos é de quase 26, sendo a menor em Porto Alegre (18,7%) e a maior no interior da região Nordeste (27,3%) (AZEVEDO et al, 2017).

O fato da população não institucionalizada da pesquisa ter sido avaliada por uma profissional em saúde bucal pode justificar os melhores índices quanto ao número de dentes perdidos. O tratamento e prevenção bucal se fez melhor presente, apesar de ainda a taxa de edentulismo também mostrar-se alta. A necessidade de prótese total superior e inferior para esses idosos foi de 27,5% e 37,5% respectivamente.

Segundo Azevedo, et al., 2017, de acordo com o levantamento em 2010, a necessidade de prótese foi de 68,7% em idosos não institucionalizados. A maior necessidade foi de prótese total. Com relação ao uso de próteses nos dois arcos, a maior necessidade é no arco inferior.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como meta para o ano de 2020, a manutenção de pelo menos 21 ou mais de dentes naturais para as pessoas na faixa etária de 65-74 anos. Denominada de dentição funcional, as pessoas que não possuem essas condições, podem sofrer problemas relevantes de mastigação, restrição de alimentos e ingestão de nutrientes (OMS, 2003).

Os idosos institucionalizados possuem menores índices de placa bacteriana e mobilidade dentária, devido ao número menor de dentes presentes na cavidade bucal.

Comum em idosos, a doença periodontal não é consequência da idade, e sim de fatores associados à higiene bucal. A doença periodontal pode se manifestar desde uma gengivite branda até uma periodontite severa ocasionando perdas dentárias generalizadas (SÁ, et al., 2012).

Segundo um estudo comparativo da saúde bucal de idosos entre ILPs do Brasil e de Barcelona, a doença periodontal é mais prevalente nos idosos espanhóis do que nos brasileiros. A falta de higiene bucal nas ILPs causam bolsas periodontais que podem levar a infecções, sensibilidade cervical, mobilidade dentária, alterações estéticas, e conseqüentemente perda dentária (PESSOA, et al., 2016).

Destaca-se que o índice CPO-D foi maior nos idosos institucionalizados, devido principalmente ao grande número de dentes perdidos, sendo na sua maioria desdentados totais.

Nesse contexto, estudos que avaliaram o CPO- D em idosos institucionalizados, revelaram que na Instituição Lar Samaritano, em São Gonçalo (RJ), esse índice foi de 30,37, nas ILPs de Belo Horizonte, MG foi de 30,8, e segundo estudo feito por Pessoa, 2016, esse índice foi de 32. Todos esses estudos corroboram com a presente pesquisa, cujo índice foi de 31,1 (SÁ et al, 2012; FERREIRA et al, 2009).

O levantamento epidemiológico de 2010 revelou que o índice CPO-D dos idosos não institucionalizados entre 65 a 74 anos foi de 27,5. Esse índice

se assemelha ao índice encontrado na presente pesquisa para idosos não institucionalizados, calculado no valor de 29,4 de média, confirmando essa situação.

Pretende-se destacar ainda que, entre os dois grupos descritos na pesquisa, os idosos não institucionalizados apresentam-se com os maiores porcentagens de cáries e dentes obturados do que os idosos institucionalizados, fato esse devido a maiores quantidades de dentes presentes na cavidade bucal.

Embora o fato da presença dos dentes serem de suma importância na qualidade de vida dos idosos, estes devem estar saudáveis e com adequada higiene bucal, porque o acúmulo de placa bacteriana nas superfícies e no periodonto, podem levar principalmente em idosos fragilizados, a condições sistêmicas de risco, como doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e déficits nutricionais.

Em todos os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Brasil (1986, 2003 e 2010) foram adotadas diferentes metodologias, mas entre todos os estudos, o quadro de edentulismo em idosos permaneceu inalterado. Portanto, é pouco provável que apenas reflitam diferenças de procedimentos metodológicos. Espera-se que, uma redução do edentulismo em idosos de 65-74 anos seja somente reconhecida nos estudos epidemiológicos da década de 2050, porque os efeitos das medidas de prevenção como a fluoretação das águas e uso de dentifrícios fluoretados adotados nos anos de 1980 e 1990 não atingiram os entrevistados idosos em 2010 (PEREZ et al., 2013).

Em janeiro de 2020, entrou em consulta pública o Projeto Saúde Bucal Brasil 2020 – O SB BRASIL, que é uma pesquisa de âmbito nacional que vai examinar aproximadamente 30 mil pessoas em suas casas para levantar os principais agravos na saúde bucal da população brasileira. Esse estudo epidemiológico acontece a cada 10 anos e a responsável por executar a edição de 2020 é a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Os resultados obtidos do levantamento epidemiológico poderão contribuir para estratégias de avaliação e planejamento da política de saúde bucal em todo o país. Nesse projeto, busca-se identificar as doenças mais prevalentes como a cárie dentária, doenças periodontais, necessidade de próteses dentárias, condições

da oclusão, traumatismo dentário e impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, entre outros aspectos, que poderão ser confrontados aos outros inquéritos a fim de avaliar os avanços nas políticas públicas até então e promover melhorias em saúde bucal.

### **6.1 A perda dental e suas implicações na qualidade de vida**

Qualquer alteração física, com prejuízo estético ou funcional gera impactos na qualidade de vida do indivíduo e em se tratando da condição de saúde bucal, isso não é diferente. Problemas bucais como alterações têmporo mandibulares, presença de cáries, doenças periodontais, má formações congênitas, traumatismos dentários, fluorose dentárias, oclusopatias e perdas dentárias podem causar prejuízos estéticos e funcionais com repercussão direta sobre a qualidade de vida.

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal uma grande parcela da população não tem acesso aos serviços de saúde, situação evidenciada através do ultimo levantamento em 2010, cujos resultados evidenciam uma população com dores e grandes perdas dentárias que, quanto maior faixa etária, maiores os índices de pessoas desdentadas, associando-se o envelhecimento da população brasileira à necessidade de reabilitação protética.

A condição alarmante de mutilações dentárias da população brasileira predispõe uma situação de doença, com mudanças emocionais, físicas e biológicas.

O prejuízo pela falta de dentes para o bem estar do indivíduo são de ordem física, funcional, psicológica, social, nutricional. Tais consequências afetam o individuo no aspecto profissional, afetivo e familiar, promovendo o isolamento social, alterando a auto estima e contribuindo para as patologias psíquicas.

O fato do levantamento epidemiológico em 2010 evidenciar nos idosos o uso maior de prótese na região superior e em maior número no sexo feminino mostra que a questão estética prevalece sobre a funcional.

## 6.2. Odontologia Atual

O mercado de trabalho odontológico recebe anualmente grande volume de novos profissionais, e esse, é predominantemente privado. As ações de saúde bucal realizadas no período do governo Temer foram alvo de fortes críticas dos sanitaristas e de instituições da Saúde Coletiva por representarem fragilização do caráter universal e igualitário do SUS, com destaque para a política de ajuste fiscal e cortes progressivos de recursos da saúde e educação. Apesar da expansão da PNSB desde a sua criação, ela ainda tem dificuldades em reduzir os problemas de saúde. Além disso, muitas das ações de saúde bucal são inacessíveis às populações mais vulneráveis (CHAVES, 2018).

Observa-se que o modelo brasileiro de atenção em saúde bucal é curativo e mutilador e estão presentes no setor público e na ESF, especialmente em regiões remotas, contribuindo para o afastamento da legitimação que essa política poderia alcançar na população; e, assim, permanece suscetível às conjunturas governamentais (CHAVES, 2018).

Durante o período conturbado da política brasileira entre 2015 e 2017 caracterizado pelo *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e posse do vice-presidente Michel Temer, mudanças sucessivas na coordenação nacional da política e no próprio Ministério da Saúde certamente influenciaram na perda de direcionamento da política no nível federal. Fato que resultou na diminuição de recursos financeiros resultando na menor cobertura populacional aos serviços odontológicos públicos (CHAVES, 2018).

O presente estudo tem uma série de limitações: a amostra relativamente pequena, já que a ILP pesquisada é a única na cidade; o número limitado de variáveis, mas que são objetivas quando se quer analisar as condições bucais e socioeconômicas da amostra, e a falta de padronização de variáveis no intuito de análise com outros estudos.

Da pesquisa realizada, os resultados significam que os indivíduos da amostra avaliada possuem grandes perdas dentárias, demonstrando que o enfoque realizado pelas políticas públicas deverá ser realizado de uma forma preventiva e conservadora e não mutiladora como realizada no passado.

O reconhecimento de que os maiores agravos em saúde bucal ocorreram nos idosos institucionalizados, e que isso corroborou ao fato deles serem solteiros, com menor número de filhos e com menor assistência

profissional, enfatiza a necessidade de cuidadores na promoção e manutenção de saúde bucal na instituição, fazendo-se necessária a adoção de protocolos direcionados aos cuidadores de acordo com a função cognitiva e funcional do idoso, a fim de promover higiene eficiente, prevenindo assim, agravos em saúde bucal.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira nem sempre vem acompanhada de mudanças nos atendimentos de saúde. Ela apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento.

Esse processo requer respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa.

Neste contexto, embora o edentulismo seja considerado por muitos um fenômeno natural do envelhecimento, pode-se entender que ele é o reflexo da falta de orientação e de cuidados com a saúde bucal em todas as idades. E para que esse quadro de edentulismo não ocorra na população idosa, o indivíduo deveria ser assistido desde a entrada no sistema na infância até os cuidados paliativos no final da vida.

Desse modo, a formulação das políticas públicas deverá respeitar integralmente as demandas de todo o ciclo de vida, de um modo dinâmico e sem implantação de ações pontuais e de curto prazo. O cuidado à saúde bucal é uma construção que se dá ao longo da vida.

Do estudo realizado, é possível afirmar que apesar dos avanços desde a criação do SUS, as políticas públicas voltadas para o idoso não estão sendo efetivas. Cita-se, como por exemplo, a criação de centro de especialidades e dos laboratórios regionais de prótese que não conseguem atender ao grande número de idosos que necessitam de reabilitação protética.

Provavelmente, isso se deve, dentre outros, ao descaso dos gestores, má administração da máquina pública e escassez de recursos. A reabilitação bucal deveria ser encarada como tratamento profilático, já que vários outros problemas sistêmicos de saúde estão atrelados à ausência de dentes.

Levando em consideração os resultados do estudo que variaram de acordo com o tipo de população abordada (institucionalizada e não institucionalizada), conclui-se que o edentulismo é o agravo mais frequente, fato esse que caracteriza o problema de saúde pública nas duas populações pesquisadas. Os idosos institucionalizados são os que possuem os maiores

agravos em saúde bucal, com 82,5% de desdentados totais contra 40% dos idosos não institucionalizados.

## **8. PERSPECTIVAS FUTURAS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

A exodontia foi uma prática predominante que marcou uma fase de uma odontologia curativista no Brasil. Porém, essa prática perdura até os dias atuais em razão das desigualdades sociais, econômicas e culturais. Conseqüentemente, tal modelo de saúde bucal empregado caracterizou a população idosa brasileira atual de edêntula.

O conhecimento dessa condição pode direcionar políticas públicas de prevenção e tratamento, que poderão ser realizadas pelo setor público e/ou privado, como por exemplo, o desenvolvimento de atividades acadêmicas com alunos de cursos de Odontologia das faculdades da região, com foco na promoção de saúde bucal e na qualidade de vida do idoso.

Entretanto, uma política reabilitadora também deverá ser empregada, visto que é preciso reestabelecer a condição de saúde bucal dos idosos que, segundo dados, se encontra desdentada.

Destaca-se a extrema importância que se discutir sobre a temática em saúde bucal com profissionais que prestam serviços em ILPs e ESF, para que os mesmos tenham além do conhecimento prático, o conhecimento teórico-científico a respeito dos procedimentos que podem prevenir e tratar os agravos em saúde bucal.

Nesse sentido, um debate interdisciplinar entre as ciências da saúde e as ciências sociais é capaz de promover um conhecimento mais amplo e detalhado sobre o tema, na busca de promover saúde bucal e qualidade de vida ao idoso.

Pretende-se destacar ainda, a necessidade de construção de um método padronizado em pesquisas para análise da saúde bucal dos idosos.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Silvânia Suely Caribé de et al. Social support, health and oral health promotion in the elderly population in Brazil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. SE, p. 0-0, 2006.

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; BOTEGA, Neury José. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1415-1426, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700015>

BORGES, Maria Marta Marques de Castro et al. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição do BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.

Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%c3%a7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%c3%a7ao.htm)>

Acesso em: 29 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS – Sistema Único de Saúde. 1988.

Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>> Acesso em: 25 jun. 2018.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasília, 1990. Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)> Acesso: 12 jun.

2018.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em

<[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=1444](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=1444)> Acesso: 12 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Brasília, 1990. Disponível em:

<[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)> Acessado em 25 abr. 2018.

BRASIL. Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)> Acesso em 24 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)> Acesso em 25 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Brasília, 1994.

Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)> Acesso em 05 set. 2018. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, on-line).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999.

Aprova A Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 1999. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)> Acesso em: 25 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000.

Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>> Acesso em: 05 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)> Acesso em 25 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Brasília, 2004. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm)> Acesso em 12 junh.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Brasília, DF: **Editora MS**. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 283, de 23 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html)> Acesso em: 12 jun. 2018.

aBRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)> Acesso em 25 abr. 2018.

bBRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)> Acesso em 24 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2008 Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2018.

aBRASIL. Ministério da Saúde. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 146p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)> Acesso em 05 set. 2018.

bBRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010. Brasília, 2010. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)> Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em: 25 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm)> Acesso em: 24 jul. 2018.

BRASIL; Ministério da Saúde. Mantenha seu sorriso: fazendo a higiene bucal corretamente. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>> Acesso em 25 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2017. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm)> Acesso em: 24 jun. 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)  
> Acesso em: 24 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Os novos idosos brasileiros: muito além dos, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira et al. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 7-15, 2002.

CARDOSO, Mayra et al. Edentulismo no Brasil: tendências, projeções e expectativas até 2040. **Ciencia e Saude Coletiva**, p. 1239-1246, 2016.

COLUSSI, Claudia Flemming; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1313-1320, 2002.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 76-91, 2018.

DA-CONCEIÇÃO, Luiz Fabiano Soriano. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 81-91, 2010.

SANTOS, Rosângela da Silva; DIAS, Iêda Maria Vargas. Refectindo sobre la malformación congénita. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 58, n. 5, p. 592-596, 2005.

DA VEIGA PESSOA, Daniela Mendes et al. Estudo Comparativo do perfil de saúde bucal em idosos institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 723-732, 2016.

DATASUS. Indicador A16 – **Razão de Dependência**. Disponível em: <[http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha\\_A.16.pdf](http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_A.16.pdf)> Acesso em 25 jun. 2018.

DE MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira; PADILHA, Dalva Maria Pereira. Oral health care in private and small long-term care facilities: a qualitative study. **Gerodontology**, v. 26, n. 1, p. 53-57, 2009.

DE OLIVEIRA, Janine Melo; ROZENDO, Célia Alves. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, 2014.

DE VISSCHERE, Luc M. et al. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions—a cross-sectional study. **Gerodontology**, v. 23, n. 4, p. 195-204, 2006.

DRUMOND-SANTANA, Trícia et al. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 637-644, 2007. Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf) Acesso em 20/04/2019.

FERREIRA, et al, 2012 Raquel Conceição et al. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2375-2385, 2009.

FREIRE JÚNIOR, Renato Campos; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 147-158, 2005.

FREITAS, Adriana Valéria da Silva; NORONHA, Ceci Vilar. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 359-369, 2010.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2941-2948, 2010.

HOBDELL, Martin et al. Global goals for oral health 2020. **International dental journal**, v. 53, n. 5, p. 285-288, 2003.

HOCHMAN, B., et al., Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira** [serial online] 2005;20 Suppl. 2:02-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/acb>> Acesso em: 15 jul. 2018.

aIBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio - PNAD. 2017. Disponível em:<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: 26 abr. 2018.

bIBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Manhuaçu – Minas Gerais. 2018. Disponível em: <| v4.3.8.15.5 [cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/manhuacu/panorama](https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/manhuacu/panorama)> Acesso em: 06 ago. 2018.

cIBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projeca>> Acesso em 25 jun. 2018.

IBGE, 2019 Projecao da população <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.htm> acesso em: 28/05/2019.

JABLONSKI, Stanley. Illustrated dictionary of dentistry. WB Saunders Company, 1982.

JÚNIOR, José Antônio Spencer Hartmann; GOMES, Giliene Cordeiro. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. **Revista da SBPH**, v. 17, n. 2, p. 83-105, 2014.

KUROIWA, Denis Noboru et al. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey. **Revista Dor**, p. 93-98, 2011.

LIMA-COSTA, M. F., VERAS, R., Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**. vol.19 nº.3. Rio de Janeiro, 19(3):700-701, mai-jun, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>> Acesso em: 25 maio 2018.

LUCENA, Antônio Anildo Gomes de et al. Fluxo salivar em pacientes idosos. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 3, p. 301-305, 2010.

MARQUES, Leandro Silva et al. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1099-1106, 2005.

MONTAL, Sylvie et al. Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. **Gerodontology**, v. 23, n. 2, p. 67-72, 2006.

MOREIRA, R. S., et al., A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1665-1675, nov-dez, 2005.

MORIGUCHI, Yukio. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Odontol. mod**, v. 19, n. 4, p. 11-3, 1992.

MUNKEVIS, M. S. G., PELICIONI, M. C. F., Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 2010, 20(3)791-801.

MÜLLER, Frauke et al. Oral health for an ageing population: the importance of a natural dentition in older adults. *International dental journal*, v. 67, p. 7-13, 2017.

NARVAI, P. C., Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, 2006;40(N Esp):141-7.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018.. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>> Acesso em: 15 ago. 2018.

PERES, Marco Aurélio et al. Tooth loss in Brazil: Analysis of the 2010 Brazilian oral health survey. **Revista de saude publica**, v. 47, p. 78-89, 2013.

PINHEIRO, Natália Cristina Garcia et al. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3399-3405, 2016.

PINHEIRO, Natália Cristina Garcia et al. Dental Functionality: construction and validation of an oral health indicator for institutionalized elderly persons in the city of Natal, Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 389-396, 2018.

PIRES, Amanda Bessoni et al. Reações adversas na cavidade oral em decorrência do uso de medicamentos. **Rev. Salusvita (Impr.)**, v. 36, n. 1, p. 157-185, 2017.

PIUVEZAM, Grasiela; DE LIMA, Kenio Costa. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. **Gerodontology**, v. 30, n. 2, p. 141-149, 2013.

PUCCA JUNIOR, G. A., et. al., Oral health policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**. vol. 23, supl.1. São Paulo, Junho 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>> Acesso em: 14 jul. 2018.

ROSA, Lâner et al. Odontogeriatria—a saúde bucal na terceira idade. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 13, n. 2, 2008.

SÁ, Ingrid Petra Chaves et al. Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1259-1265, 2012. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500019&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500019&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 22 jun. 2018.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo et al. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 747-754, 2012.

SCARPARO, Angela et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal- Programa Brasil Sorridente-sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, 2015.

SHAY, Kenneth. Infectious complications of dental and periodontal diseases in the elderly population. **Clinical infectious diseases**, v. 34, n. 9, p. 1215-1223, 2002.

SILVA, Silvio Rocha Corrêa da; VALSECKI JÚNIOR, Aylton. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, p. 268-271, 2000.

SILVA, Rosane Seeger da et al. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 2, p. 345-356, 2019.

SIMÕES, Ana Carolina de Assis; CARVALHO, Denise Maciel. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2975-2982, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600035>> Acesso em: 26 maio 2018.

SOUZA, Eliane Helena Alvim de et al. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2955-2964, 2010.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

VIEIRA, Thaís Ribeiral; PÉRET, Adriana de Castro A.; PÉRET FILHO, Luciano Amédée. Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 2, p. 237-243, 2010.

VIEIRA, F. S., Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas. Brasília. Ipea; 2016. (Nota Técnica). Disponível em:<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160822\\_nt\\_26\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf)> Acesso em: 26 maio 2018.

VILELA, Maria Carolina Nunes et al. Cuidados bucais e pneumonia nosocomial: revisão sistemática. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 2, p. 290-296, 2015.

WORLD BANK, 2011. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Disponível em: <[http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo\\_Brasil\\_Sumario\\_Executivo.pdf](http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf)> Acesso em: 26 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 583-596, 2012.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; DE OLIVEIRA ECHEIMBERG, Jorge; LEONE, Claudio. Research methodology topics: cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

**ANEXOS****ANEXO 1****TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro que cumprirei os requisitos da *Resolução CNS n.º 466/12* e/ou da *Resolução CNS n.º 510/16*, bem com suas complementares, como pesquisadora responsável e orientadora participante do projeto intitulado “Caracterização da Saúde Bucal de Idosos em uma Instituição de Longa Permanência - Manhuaçu - MG”. Comprometo-me a utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa acima referido e, ainda, a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto, considerando a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração de todos os interesses envolvidos.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisador: Juliana Dias Grapiuna

---

Assinatura

Orientadora: Italla Maria Pinheiro Bezerra

---

Assinatura

**ANEXO 2****TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**

**Asilo São Vicente De Paulo  
Rua Frederico Dolabela, 481  
Centro - CEP: 36900-000  
CNPJ: 22.050.553/001-9  
Manhuaçu - MG**

**TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**

O/A Asilo São Vicente de Paulo está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Caracterização da Saúde Bucal de Idosos em uma Instituição de Longa Permanência - Manhuaçu - MG coordenado pela pesquisadora Juliana Dias Grapiuna, desenvolvido em conjunto com a pesquisadora Ítalla Maria Pinheiro Bezerra na EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES

O Asilo São Vicente de Paulo assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de *maio de 2018 até setembro de 2018*.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados.

Manhuaçu, ..... de ..... de 201.....

---

Asilo São Vicente de Paulo

### ANEXO 3

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Juliana Dias Grapiuna, responsável pela pesquisa “Caracterização da Saúde Bucal de Idosos em uma Instituição de Longa Permanência -Manhuaçu - MG”, estou fazendo um convite para você participar como voluntário de nosso estudo.

Esta pesquisa será de grande importância porque pretende analisar a condição dentária dos idosos residentes no Asilo São Vicente de Paulo, pois após o término da pesquisa poderemos identificar se há a necessidade de tratamento dentário e de prótese dentária nessa população. A sua participação no referido estudo se dará por uma aplicação de um questionário e por um exame bucal, onde estarei coletando dados sobre as características da sua dentição como: número de dentes perdidos, número de dentes cariados, número de dentes obturados, presença ou não de placa bacteriana, presença ou não de doença periodontal (mobilidade dentária) e presença ou não de próteses dentárias. Esse exame acontecerá na própria instituição pesquisada e realizada por uma única pessoa, no caso eu, a pesquisadora Juliana Dias Grapiuna.

Os benefícios esperados com este estudo são: contribuir com informações que poderão direcionar políticas de saúde bucal públicas e privadas trazendo melhorias psicológicas, sociais, funcionais e estéticas para você que participará da pesquisa.

Ressalta-se, por outro lado, possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa. Para se evitar qualquer dificuldade de locomoção ou possível queda durante o exame clínico, você será examinado sentado ou deitado em seu próprio leito.

Durante todo o período da pesquisa, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Além disso, você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Ressaltamos que sua participação é voluntária; você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização à assistência que poderá vir a receber. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Assegura-se ao participante assistência durante toda pesquisa, bem como livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências antes, durante e depois de sua participação.

Ressalta-se que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação; porém, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento: depósito na conta bancária da instituição. Da mesma forma, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será indenizado de forma devida, conforme determina a lei.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é: Juliana Dias Grapiuna e a instituição é a EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa De Misericórdia de Vitória - ES - Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luzia, Vitória - ES 290405-402 e com eles você poderá manter contato pelos telefones 33 98860-9435/33 3332-2282, sendo possível ligar a cobrar caso necessite.

Em caso de reclamação ou de qualquer dúvida ética sobre este estudo, você deverá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, pelo telefone (33)3332-2023, pelo e-mail: **cepfacig@gmail.com** ou ainda, presencialmente, no seguinte endereço: Rua Darcy César de Oliveira Leite, 600, Bairro Alfa Sul - Manhuaçu / MG.

### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_,  
após a leitura deste documento e depois de ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Manhuaçu , ..... de ..... de 2018

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

## ANEXO 4

## FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS E EXAME BUCAL

## CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome: \_\_\_\_\_

Nasc: \_\_\_\_\_

Código Numérico: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminio ( ) Masculino

Alfabetizado (a): ( ) Sim ( ) Não

Institucionalizado: ( ) Sim ( ) Não

Se avaliado por uma profissional de saúde bucal pelo menos 5 anos:

( ) Sim ( ) Não

Número de dentes presentes na cavidade oral:

Superior \_\_\_\_\_ Inferior \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

Número de dentes perdidos: \_\_\_\_\_

Presença de cáries visíveis nos dentes: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Número de dentes cariados: \_\_\_\_\_

Presença de dentes obturados: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Número de dentes obturados: \_\_\_\_\_

Presença de placa bacteriana visível nos dentes: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Presença de doença periodontal (mobilidade dentária): Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Presença de próteses removíveis:

Sim: \_\_\_\_\_ Arco Superior: \_\_\_\_\_ Arco Inferior \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_ Arco Superior: \_\_\_\_\_ Arco Inferior \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cód. \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_\_

Renda:  Até 1 salário  De 1 a 3 salários  De 4 a 6 salários

Acima de 6 salários

Raça/cor:  preto  branco  pardo  indígena  amarelo

Estado civil:  solteiro  casado  viúvo  divorciado

Número de filhos \_\_\_\_\_

Fumante?  sim  não Ex fumante?  sim  não

Etilista?  sim  não Ex etilista?  sim  não

Uso de medicamentos rotineiros?  sim  não

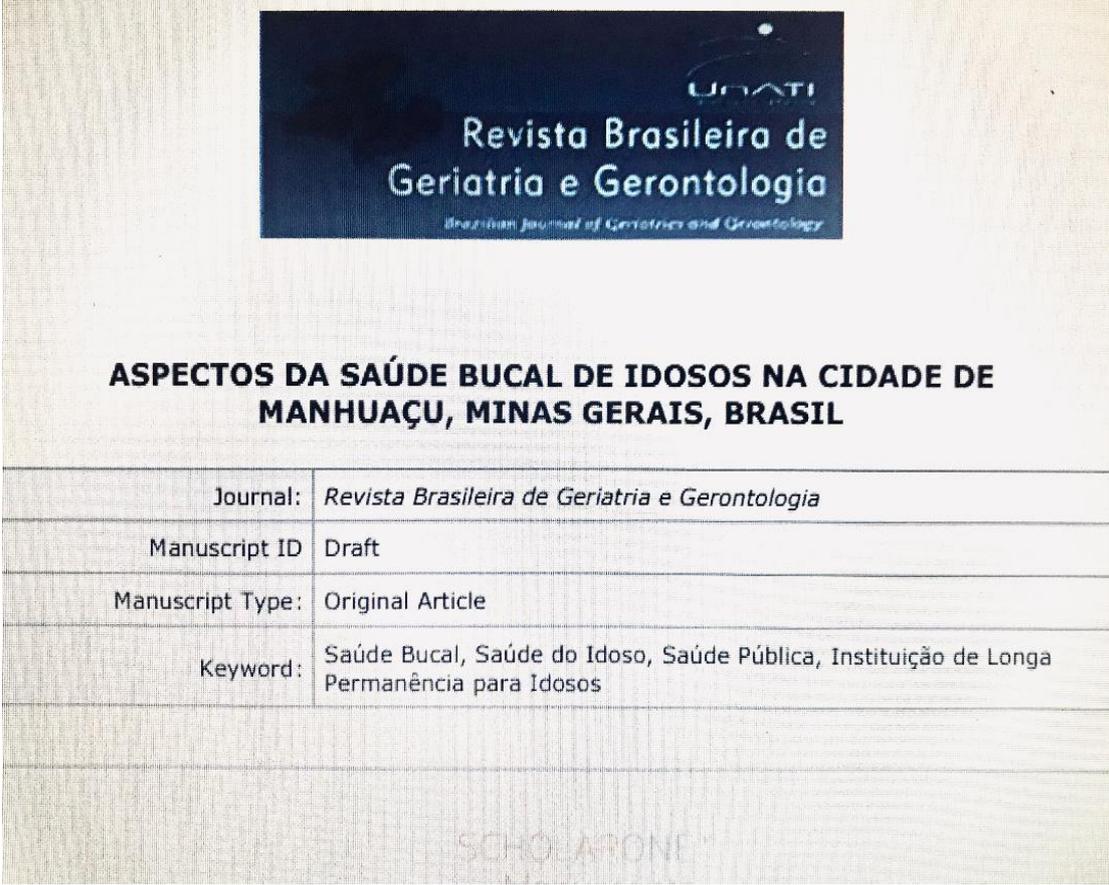
Quais medicamentos? \_\_\_\_\_

Alguma patologia crônica?  diabetes  hipertensão

problemas cardíacos Outro: \_\_\_\_\_

## ANEXO 5

## MANUSCRITO SUBMETIDO A REVISTA



UNATI  
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

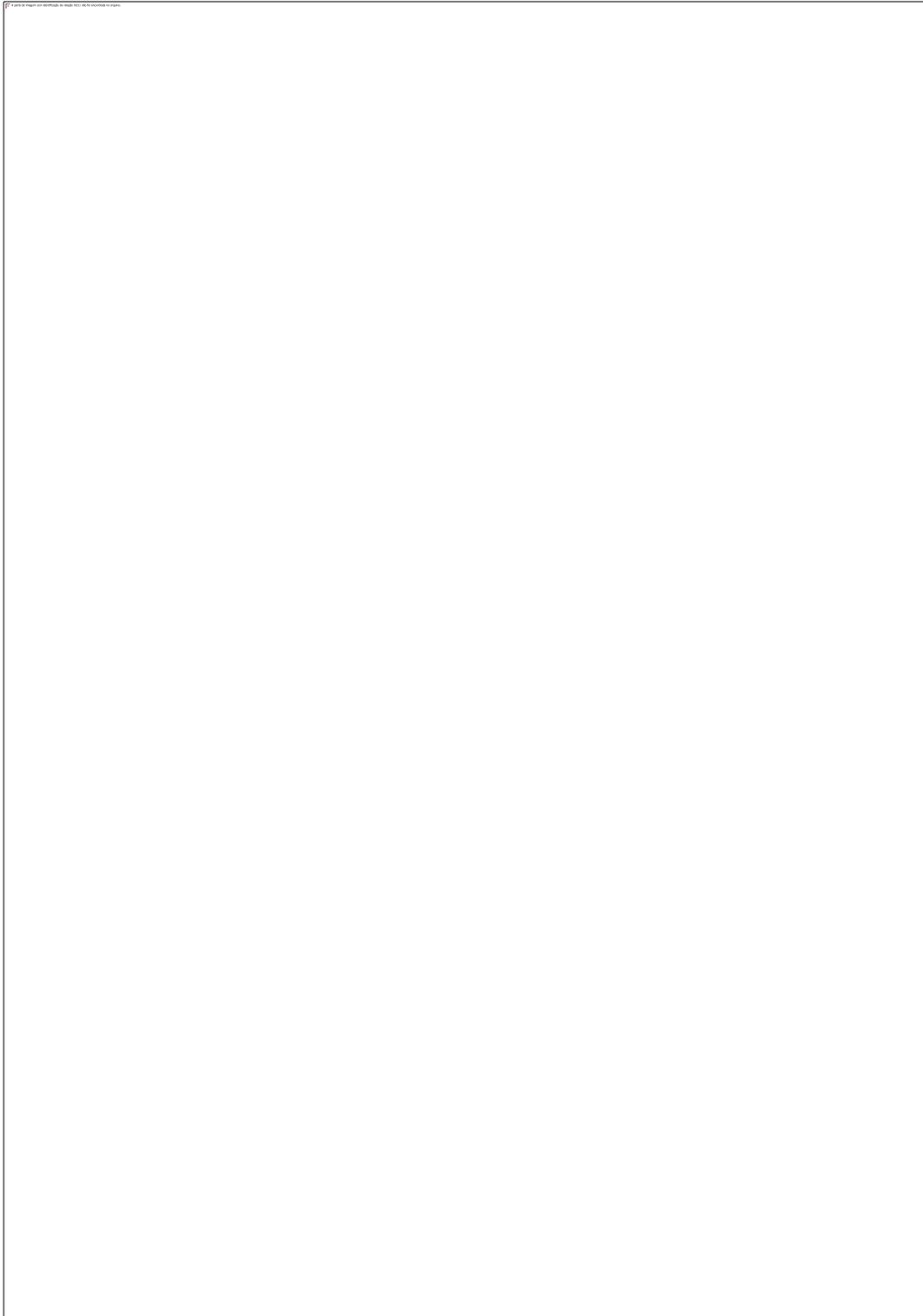
**ASPECTOS DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS NA CIDADE DE MANHUAÇU, MINAS GERAIS, BRASIL**

Journal:	<i>Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Saúde Bucal, Saúde do Idoso, Saúde Pública, Instituição de Longa Permanência para Idosos

SCHOLARONE

**ANEXO 6**  
**CURRICULUM LATTES**

**Autora:** Juliana Dias Grapiuna

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the majority of the page below the author's name. It is intended for the curriculum vitae content.

**Orientador:** Luiz Carlos de Abreu

