

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LUCIANE GRANDO DORNELES UNGERICHT

**A SAÚDE BUCAL NA TERCEIRA IDADE: O IMPACTO ODONTOLÓGICO
NO COTIDIANO DOS IDOSOS.**

FLORIANÓPOLIS/SC

2006

LUCIANE GRANDO DORNELES UNGERICHT

**A SAÚDE BUCAL NA TERCEIRA IDADE: O IMPACTO ODONTOLÓGICO
NO COTIDIANO DOS IDOSOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública – Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde.

Orientador: Dr. João Carlos Caetano.

FLORIANÓPOLIS/SC

2006

LUCIANE GRANDO DORNELES UNGERICHT

A SAÚDE BUCAL NA TERCEIRA IDADE: O IMPACTO ODONTOLÓGICO NO COTIDIANO DOS IDOSOS.

Dissertação apresentada para análise e julgamento para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública e aprovada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Prof. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr. João Carlos Caetano
Presidente

Dr. Gilsée Ivan Regis Filho
Membro

Dra. Fátima Büchele
Membro

Dra. Elza Berger Salema Coelho
Membro Suplente

*Dedico esta vitória ao Júnior,
meu marido, que ao entrar em
minha vida mudou o curso da
minha história.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Carlos Caetano, que me ensinou e orientou com suas correções e sabedoria.

À Secretaria Municipal de Saúde de Camboriú que possibilitou este crescimento pessoal e profissional através da execução deste projeto.

À banca examinadora, por se dispor a trazer seus conhecimentos para engrandecer este trabalho.

Aos idosos, atores principais deste estudo, pela compreensão e paciência.

A todos de minha família por, de diferentes formas, terem contribuído para a realização deste sonho. Em especial à minha mãe, Iole, por ter feito de mim uma pessoa perseverante, e ao meu sogro, José Luiz, por ter me incentivado desde o início.

Ao meu marido, Júnior, pela compreensão, pelas críticas construtivas e por acreditar que valia a pena.

A Deus por ter me dado a oportunidade de chegar até aqui.

A todos que de uma forma ou de outra possibilitaram a conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	8
Gráficos	8
Tabelas.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO 1	13
INTRODUÇÃO	13
1.1. Apresentação do Tema	13
1.2. Descrição e organização dos capítulos	16
CAPÍTULO 2	18
JUSTIFICATIVA	18
CAPÍTULO 3	20
REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 Do nascer do Sistema Único de Saúde ao Programa de Saúde da Família. .	20
3.2 Saúde Bucal: definição	28
3.3 O Processo de Envelhecimento	28
3.3.1 <i>O envelhecimento e a fisiologia bucal.....</i>	<i>29</i>
3.3.2 <i>O envelhecimento e o ciclo de vida</i>	<i>30</i>
3.3.3 <i>Capacidade Funcional.....</i>	<i>31</i>
3.4 Condição de Saúde Bucal da População Idosa Brasileira.	32
3.5 Política Nacional de Saúde Bucal.....	33
3.6 Política Nacional de Saúde do Idoso	35
3.7 Estatuto do Idoso.....	37
3.8 Pacto Pela Vida	39
3.9 A Questão Ética.....	41
3.10 Determinação de necessidade de forma subjetiva.....	43
3.10.1 <i>Avaliação Subjetiva x Planejamento Normativo</i>	<i>43</i>
3.10.2 <i>Instrumentos para a determinação subjetiva de necessidade em odontologia. .</i>	<i>45</i>
3.10.3 <i>Impacto Odontológico no Desempenho Diário (IODD).....</i>	<i>46</i>
CAPÍTULO 4	48
OBJETIVO.....	48
4.1 Objetivo Geral	48
4.2 Objetivos Específicos	48

CAPÍTULO 5	49
METODOLOGIA.....	49
5.1 A escolha da metodologia	49
5.2 População e Amostra	49
5.3 Elaboração e Apresentação do Questionário	49
5.4 Tratamento dos Dados	50
CAPÍTULO 6	51
ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	51
6.1 Características Gerais da População	51
6.2 Variáveis do Estudo.....	52
6.2.1 <i>Comportamento.....</i>	<i>52</i>
6.2.2 <i>Impacto Odontológico nos Desempenhos Diários.....</i>	<i>58</i>
6.2.3 <i>Descrição de Sintomas e Problemas.....</i>	<i>64</i>
6.2.4 <i>Percepção de Saúde Bucal.....</i>	<i>65</i>
CAPÍTULO 7	68
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
CAPÍTULO 8	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
CAPÍTULO 9	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS 1.....	82
FICHA ÍNDICE DE KATZ PARA IDOSOS	82
ANEXOS 2.....	84
QUESTIONÁRIO COMPLETO DA PESQUISA	84
ANEXOS 3.....	90
TERMOS DE CONSENTIMENTO	90

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráficos

Gráfico 1 - Percentual de Idosos na população brasileira e catarinense.....	16
Gráfico 2 - Pirâmide populacional de Santa Catarina em 1970.....	15
Gráfico 3 - Pirâmide populacional de Santa Catarina em 1980.....	15
Gráfico 4 - Pirâmide populacional de Santa Catarina em 1996.....	15
Gráfico 5 - Pirâmide populacional de Santa Catarina em 2000.....	15
Gráfico 6 - Pirâmide populacional de Camboriú em 2000	19
Gráfico 7 - Distribuição dos idosos da amostra segundo estado civil.....	51
Gráfico 8 - Distribuição dos idosos da amostra segundo a escolaridade.	52
Gráfico 9 – Distribuição segundo o tempo da última consulta.....	53
Gráfico 10 – Distribuição segundo o motivo da última consulta.	53
Gráfico 11 - Distribuição, dentre os que tiveram sua última consulta a menos de 2 anos, segundo o motivo da consulta.	54
Gráfico 12 - Distribuição segundo o grau de nervosismo ao ir ao dentista.	55
Gráfico 13 – Distribuição de acordo com a influência do nervosismo na procura do dentista.....	55
Gráfico 14 - Distribuição, dentre os que relataram sentir-se com medo ao ir ao dentista, segundo o motivo da última consulta.....	56
Gráfico 15 - Distribuição dos idosos segundo a presença ou ausência de dentes e próteses.....	57
Gráfico 16 – Distribuição dos relatos de incomodo por atividade.....	59
Gráfico 17 - Distribuição do IODD percentual por atividade, média da população (parte 1).....	60
Gráfico 18 - Distribuição do IODD percentual por atividade, média da população (parte 2).....	61
Gráfico 19 - Distribuição segundo o principal sintoma.	64
Gráfico 20 – Distribuição dos relatos de problemas especificados com a boca, dentes ou dentadura.	65
Gráfico 21 - Distribuição segundo a percepção de saúde bucal, detalhando a parcela de razoável a ruim.	66

Gráfico 22 - Distribuição segundo percepção de saúde bucal, detalhando a parcela de boa a excelente.	66
Gráfico 23 - Distribuição segundo a percepção de saúde bucal comparada às outras pessoas da mesma idade.....	67

Tabelas

Tabela 1 - População camboriuense, segundo censo demográfico 2000.....	18
Tabela 2 - Critérios de dependência segundo índice Katz	31
Tabela 3 - Média dos componentes do índice CPO-D, na população de 65 a 74 anos de idade, por macrorregião.....	32
Tabela 4 - Comparação do uso e necessidade de prótese total superior por idosos, em Camboriú e no SB Brasil, 2003.....	57
Tabela 5 - Comparação do uso e necessidade de prótese total inferior por idosos, em Camboriú e no SB Brasil, 2003.....	58
Tabela 6 - IODD da população por atividade e total.....	59
Tabela 7 - IODD dos indivíduos que possuem dentes naturais, por atividade e total.	60
Tabela 8 – Distribuição do componente frequência do IODD, por atividade. ...	62
Tabela 9 - Distribuição do componente severidade do IODD, por atividade. ...	62
Tabela 10 – Distribuição dos idosos de acordo com o problema especificado.	65

RESUMO

Este trabalho investiga o impacto gerado pela condição bucal na qualidade de vida dos idosos residentes na área 8 do PSF do município de Camboriú, identificando os problemas relacionados com a saúde bucal, o comportamento em relação à procura do atendimento odontológico e a autopercepção de saúde bucal, bem como quantificando a interferência da saúde bucal no cotidiano dos idosos. O estudo de caráter exploratório analítico, a partir de dados primários, foi realizado a partir de amostra censitária dos indivíduos acima de 60 anos e funcionalmente independentes, segundo o Índice de Katz, residentes na área estudada. O instrumento de coleta de dados foi um questionário organizado em seis blocos, contendo questões fechadas e abertas. O IODD (Impacto Odontológico nos Desempenhos Diários), proposto por Sheiham 2000, foi utilizado para mensurar o impacto da saúde bucal na vida diária. O questionário foi aplicado pela pesquisadora no domicílio do entrevistado, após agendamento prévio feito pelos ACS (Agente Comunitário de Saúde). Foram entrevistadas 92 pessoas, sendo a maioria (82,61%) analfabeta funcional e 56,26% do sexo feminino. Observou-se, após análise dos resultados, uma alta taxa de edentulismo (60,87%) com pouca valorização dos dentes naturais. A maioria (80%) que considera ter de boa a excelente saúde bucal não possui dentes naturais e os que possuem a consideram de razoável a ruim. De forma contraditória, ao especificar problemas, 55,91% da população relatam a falta de dentes, seguido pelo uso de dentadura solta ou mal adaptada, presença de dentes moles, dor e escoriações ou úlcera bucal. Salienta-se que 53,26% da população estudada, estiveram em um dentista há menos de 2 anos e que 33,7% há mais de 10 anos, entretanto destes 74,19% não possuem dentes naturais. E ainda, 17,14% dos entrevistados, que apresentam algum grau de nervosismo, relatam que o mesmo influencia na procura do dentista. Comer ou gostar de comida, falar ou pronunciar as palavras com clareza e manter o estado emocional sem se irritar, foram as atividades em que o impacto da condição bucal no cotidiano foi maior: 18,88%, 13,40% e 9,72%, respectivamente; quando isolados os idosos que possuem dentes naturais, os percentuais de impacto se elevam: 27,24%, 27,11% e 10,44%, respectivamente. A média do IODD foi de 6,33% considerando o total da amostra e de 8,99% dentre os entrevistados que possuem dentes naturais. Assim sugere que o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos da área estudada, é maior quando há a presença de dentes naturais. A população deste estudo parece ter um alto grau de conformismo relacionado à sua condição bucal devido a questões culturais fortes, ligadas ao processo de envelhecimento. Porém é preciso desmistificar o envelhecimento como desencadeador de uma série de problemas que resultariam em uma condição bucal deficiente, direcionando o olhar para o meio social que envolve estes cidadãos idosos e perceber que as más condições bucais podem ser reflexo das diversas formas de exclusão, vividas por este grupo de pessoas.

Palavras-Chave: saúde bucal, qualidade de vida, autopercepção, idoso.

ABSTRACT

The aim of the present study is to investigate the impact produced by the oral condition in the elderly's life quality. The individuals reside in Camboriú, area number 8 – PSF. The study identifies problems related to the oral health, the behavior related to looking for an appointment with the dentist and self-perception of the oral health, measuring the interference of the oral health in the elderly's daily lives. According to data basis, this analytical study was carried through collecting data from independent people over 60, living in the area mentioned above, according to Katz index. The data were collected through a questionnaire, distributed into six blocks with open and close questions. The IODD (Dentistry Impact in Daily Routine), proposed by Sheiham 2000, was used to measure the oral health impact in a daily life. The questionnaire was applied by the researcher in interview on people's places. It was previously agreed by the health community agents. 92 people were interviewed, mostly functional illiterate (82,61%) and 56,26% female. A big rate edentulism (60,87%) was observed and a few value for the natural teeth also. The majority (80%) considers having an excellent oral health and has no natural teeth and those who have it consider the fact fair enough or bad. On the contrary, while specifying problems, 55,91% of the population mention the lack of teeth followed by badly fitted dental prothesis, loose teeth, pain and abrasion or ulcer. 53,26% of the population in the study had been to the dentist in the last two years and 33,7% more than ten years, therefore 74,19% have no natural teeth. Besides, 17,14% out of the interviewed people who felt nervous, mentioned that this influences on their wishes to look for the dentist. Eating or enjoying food, speaking or pronouncing words clearly and remaining calm were the activities with bigger impact: 18,88%, 13,40% and 9,72%, respectively. When isolated the elderly with natural teeth, the impact percentage increases: 27,24%, 27,11% e 10,44%, respectively. The IODD rate was 6,33% considering the total of samples and 8,99% between the interviewed people with natural teeth. To conclude, the impact of the oral health in the elderly's life quality is bigger when they have natural teeth. The population in focus is perfectly used to their oral conditions state because of strong cultural aspects, related to aging. However it's necessary to point that aging is not responsible for problems that results in bad oral conditions, focusing the environment of these elderly and noticing that bad dental conditions are due to several ways exclusion faced by those people.

Key Words: oral health, quality of life, self-perception, elderly.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação do Tema

Atualmente o universo de pessoas acima de 60 anos, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), é de 600 milhões. Estima-se que em 2020 o número de idosos no mundo terá dobrado, sendo que no Brasil, chegará a 34 milhões, ou seja, a sexta comunidade idosa, em números absolutos, do mundo. (Minayo e Coimbra Jr, 2002)

Salienta-se ainda, que ao longo das últimas décadas, não é simplesmente a proporção de pessoas adentrando a terceira idade que tem aumentado, mas também a quantidade de tempo que permanecem nela. Esse estado de coisas é fruto das mudanças sociais e econômicas ocorridas no decorrer do século XX, como melhores condições de moradia, de higiene, de saneamento e a descoberta de tratamentos para muitas doenças que até então eram consideradas letais.

Os países Europeus levaram quase 140 anos para envelhecer, porém no Brasil este processo é muito mais veloz. Em 1900 a esperança de vida ao nascer era de 33,7 anos, chegando a quase 70 anos em 2000 e com previsão de ultrapassar os 75 anos em 2025. (Minayo e Coimbra Jr, 2002)

Outro fator relevante para o aumento da proporção de pessoas idosas em uma determinada população é a taxa de fecundidade, que ao diminuir, reduz o número de jovens ao longo do tempo. Ao analisar os censos demográficos publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 1960, 1970 e 1980, percebe-se que a fecundidade, no período de 1960 a 1980, caiu 33%.

No gráfico 1, o qual foi desenvolvido pela autora, a partir dos dados dos censos demográficos do IBGE, é possível visualizar o crescimento progressivo da proporção de pessoas acima de 60 anos em relação à população total nas últimas três décadas. Salienta-se que um país é considerado velho quando possui ao menos 7% de sua população composta por idosos, segundo Minayo e Coimbra Jr, 2002.

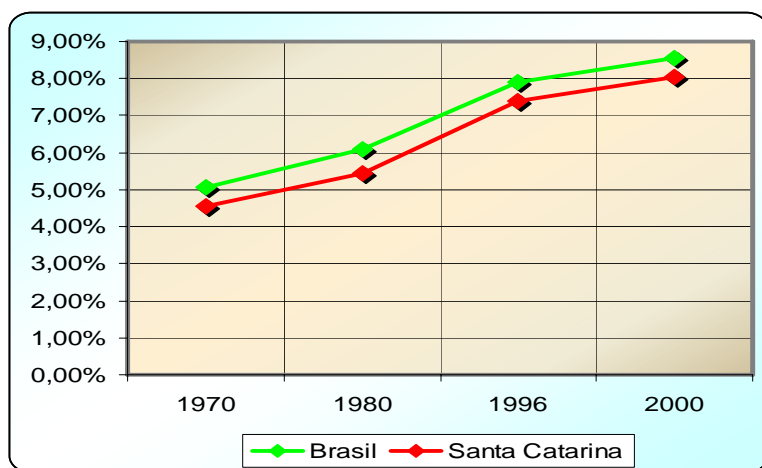


Gráfico 1 - Percentual de Idosos na população brasileira e catarinense, segundo IBGE.

Apesar de ser evidente o envelhecimento da população brasileira, o país apresenta uma expectativa de vida baixa ao nascer, em relação aos demais países, 68 anos e meio, sendo o 111º território do mundo neste quesito. Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano de 2004, o qual classifica 177 territórios, o brasileiro tem 2 anos a menos de esperança de vida ao nascer do que a média da América Latina e 9,4 anos a menos, do que a média dos países com desenvolvimento humano alto. (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2004)

Por outro lado, quando analisada a esperança de vida aos 60 anos, segundo dados disponíveis no site do datasus¹, para o ano 2003, o brasileiro que atingisse os 60 anos, teria ainda mais 18,07 anos para desfrutar, sem variações significativas entre as regiões do país.

As pirâmides populacionais são as representações gráficas do percentual de pessoas em cada faixa etária. Sendo assim, o desenho das pirâmides de três ou quatro censos demográficos consecutivos, facilita a observação do envelhecimento ou não da população. Os gráficos 2, 3, 4 e 5, desenhados pela autora, trazem, respectivamente, o traçado das pirâmides de 1970, 1980, 1996 e 2000, de acordo com os dados obtidos pelo IBGE, para o estado de Santa Catarina, sendo que, nesse período, a faixa etária de maior crescimento, proporcionalmente, foi a das pessoas acima de 80 anos.

¹ www.datasus.gov.br

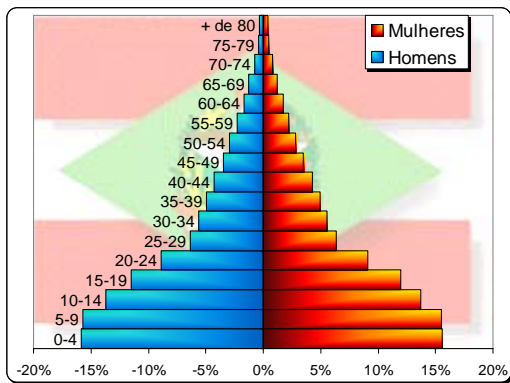


Gráfico 2 - Pirâmide populacional de Santa Catarina em 1970, segundo IBGE.

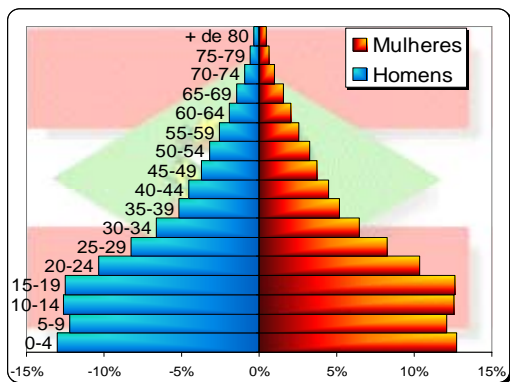


Gráfico 3 - Pirâmide populacional de Santa Catarina em 1980, segundo IBGE.

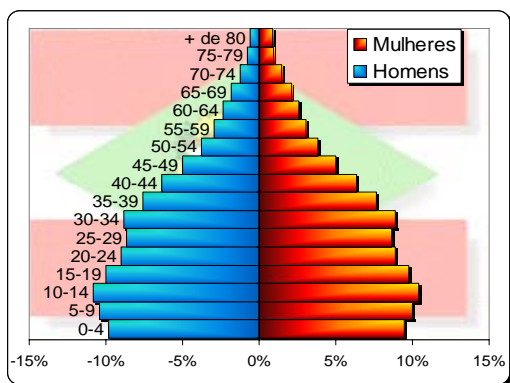


Gráfico 4 - Pirâmide populacional de Santa Catarina em 1996, segundo IBGE.

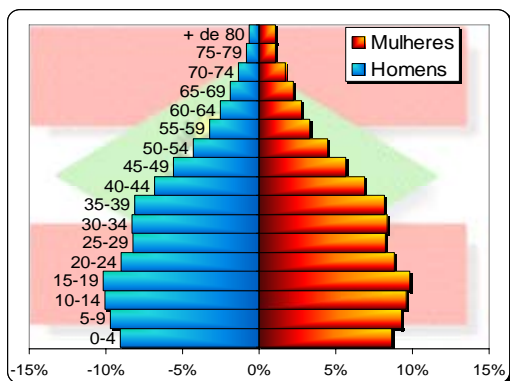


Gráfico 5 - Pirâmide populacional de Santa Catarina em 2000, segundo IBGE.

Esta somatória de fatores resultantes do progresso da humanidade permitiu que a sociedade tivesse cada vez mais homens e mulheres atingindo a faixa dos 80 anos de vida. A velhice, portanto, passa a ser um assunto social, uma vez que é necessário propiciar qualidade e não simplesmente quantidade de anos de vida.

Salienta-se ainda a importância de conhecer as mudanças ocorridas no corpo e na mente, durante o processo de envelhecimento, pois estas resultarão em modificações no modo de viver de cada pessoa. As alterações bucais, relacionadas ao avanço da idade, são de grande relevância por, muitas vezes, mexerem com a auto-estima do indivíduo, além de serem fundamentais para a fala e a alimentação.

No Brasil percebe-se uma grande preocupação com projetos de prevenção em crianças e adolescentes, relegando-se a saúde bucal dos idosos, em especial nas questões de prevenção e educação de doenças orais.

Deve-se, portanto, distinguir quais são os problemas bucais que interferem no dia-a-dia dos idosos, lembrando que a fala principal deve ser do próprio idoso e não dos demais atores envolvidos. Deste modo, este estudo visa identificar esses fatores causadores de incômodos relacionados à cavidade oral, e que conseqüentemente serão obstáculos para a qualidade de vida dessas pessoas.

1.2. Descrição e organização dos capítulos

O presente trabalho está dividido em nove capítulos. O primeiro, apresenta a **Introdução**, englobando a apresentação do tema e descrição dos capítulos. Já a **Justificativa** da pesquisa está presente no segundo capítulo.

O terceiro capítulo destina-se à **Revisão de Literatura**, a qual abrange o nascimento do Sistema Único de Saúde, o Programa Saúde da Família, o envelhecimento, a definição de saúde bucal, as condições de saúde bucal da população idosa brasileira, a Política Nacional de Saúde Bucal e de Saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso e as questões éticas.

O quarto capítulo é destinado ao estabelecimento de **Objetivos**. A **Metodologia** é encontrada no quinto capítulo, estando subdividida em cinco

itens: a escolha da metodologia, a população e amostra, elaboração e apresentação do questionário e compilação dos dados.

No sexto e sétimo capítulos apresentam-se, respectivamente, a **Análise e Discussões dos Resultados**, onde são explicitados os dados encontrados e realizados os respectivos comentários.

O oitavo capítulo é pertinente às **Considerações Finais** da autora, e o nono capítulo contém as **Referências Bibliográficas da Pesquisa**, em ordem alfabética. Por último, aparecem os **Anexos**, que contêm a ficha de avaliação do grau de dependência do idoso, o questionário utilizado nesta pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido.

CAPÍTULO 2

JUSTIFICATIVA

O município de Camboriú está localizado no Vale do Itajaí, Estado de Santa Catarina e, apresenta, segundo o censo de 2000 realizado pelo IBGE, 89,96% de sua população acima de 60 anos, residindo na área urbana, com renda mensal em torno de 2,5 salários mínimos e com média de anos de estudo de 3 para os homens e 2,6 para as mulheres. A estimativa 2003, do mesmo instituto, calcula a população total do município em 46.263 habitantes.

A distribuição da população residente em Camboriú por faixa etária é demonstrada na tabela 1 e no gráfico 6, o qual foi desenvolvido pela autora. Salientando que 5,94% da população possui idade acima de 60 anos.

Tabela 1 - População camboriuense, segundo censo demográfico 2000, do IBGE.

Faixa Etária	Camboriú 2000	
0 a 4 anos	4.612	11,13%
5 e 9 anos	4.793	11,56%
10 a 14 anos	4.305	10,39%
15 a 19 anos	4.171	10,06%
20 a 24 anos	3.755	9,06%
25 a 29 anos	3.717	8,97%
30 a 39 anos	6.620	15,97%
40 a 49 anos	4.547	10,97%
50 a 59 anos	2.464	5,95%
60 a 64 anos	879	2,12%
65 a 69 anos	574	1,38%
70 a 74 anos	453	1,09%
75 a 79 anos	261	0,63%
80 anos e mais	294	0,71%
Acima de 60 anos	2.461	5,94%
População Total	41.445	100,00%

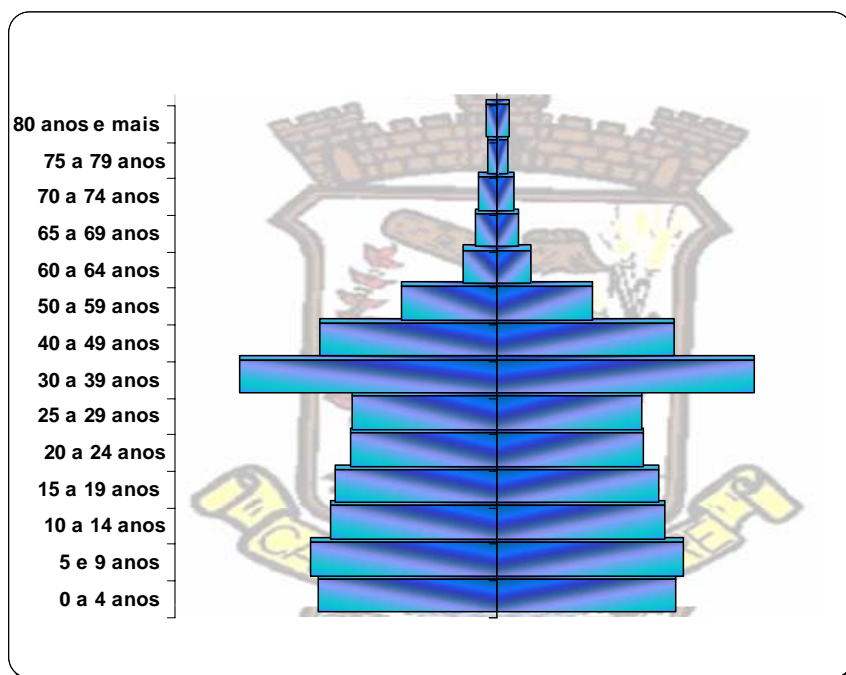


Gráfico 6 - Pirâmide populacional de Camboriú em 2000, segundo IBGE.

Nos últimos anos, o município de Camboriú vem desenvolvendo ações voltadas à população idosa, como grupos de idosos e apoio às instituições asilares. As estratégias de promoção e recuperação da saúde deste grupo populacional, dentro dos princípios de integralidade, equidade e universalidade, vêm sendo realizadas através do Programa Saúde da Família (PSF).

O município dispõe de nove Equipes de Saúde da Família (ESF), denominadas: Centro, Areias, São Francisco, Rio Pequeno, Tabuleiro, Monte Alegre I, Monte Alegre II, Conde Vila Verde e Macacos. Cada Equipe de Saúde Bucal (ESB) abrange duas áreas das ESF, totalizando 5 equipes, formadas de acordo com a modalidade I, compostas por um cirurgião dentista (CD) e uma auxiliar de consultório dentário (ACD). Há ainda, sete cirurgiões dentistas prestando serviços à população na rede de atenção básica.

A relação entre saúde bucal e saúde geral, em especial no que se refere à nutrição e à digestão, é inegável, no entanto o impacto que isto provoca na dia a dia das pessoas merece igual atenção.

CAPÍTULO 3

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Do nascer do Sistema Único de Saúde (SUS) ao Programa de Saúde da Família (PSF).

Na década de 70 iniciou-se uma nova forma de pensamento em saúde, que esteve bastante presente no Movimento Sanitário e que resultou no nascimento do SUS. Sendo assim é importante entender este processo de construção.

Em 1974 o Ministro de Saúde do Canadá, Marc Lalonde, através do Informe Lalonde, intitulado '*New Perspective on the Health of Canadians*', pretendia estabelecer uma proposta para o Planejamento Estratégico das Políticas de Saúde Pública, com o intuito de ampliar a resolutividade e reduzir os custos da assistência à saúde. Neste planejamento, apresentava-se o campo da saúde com quatro componentes, que seriam os condicionantes de vida e de morte dos indivíduos: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização do modelo de atenção à saúde. Assim, segundo o Ministro, a intervenção nestes componentes, promoveria a saúde.

Para Pinto, (2000) o Informe Lalonde mostra uma tendência em culpabilizar as pessoas pela sua própria saúde. A crítica deste autor se embasa no fato de que estas podem estar vivendo em restritas condições sociais, econômicas e psicológicas. Porém, a importância deste documento é inegável por ser a primeira vez que um país industrializado reconhece a necessidade de interferir nos aspectos de saúde pública.

Quatro anos depois do Informe Lalonde, em setembro de 1978, realizou-se em Ama-Ata, na União Soviética, uma Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela UNICEF. Nela foi estabelecido o conceito ampliado de saúde como "um estado de completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade". Ao refletir sobre esse conceito observa-se a aceitabilidade de que a sociedade possa produzir indivíduos doentes, sobrepondo-se ao biológico.

Posteriormente, a Carta de Ottawa, relatório da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, reafirma os postulados do Informe Lalonde na concepção de Promoção da Saúde e aponta como componentes estratégicos da ação sanitária: a ação intersetorial, o desempenho de papéis ativos por parte da população e a ação no nível local.

A década de 70 foi bastante rica conceitualmente para a saúde pública. Este período, no Brasil, simboliza o apontar da Medicina Social e o repensar da Medicina Comunitária e Preventiva através das indagações do Movimento Sanitário, o qual teve seu marco histórico em 1979, com a realização do I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde. Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), esta apontou os rumos para a inserção da odontologia no sistema público. A grande vitória do Movimento Sanitário veio em 1988 com a promulgação da *Carta Magna*, que estabelece o “Sistema Único de Saúde” (SUS).

Os artigos 196 e 198 da Constituição da República Federativa do Brasil merecem ser citados na íntegra:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Posteriormente, em 1991, o Governo Federal cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que transforma moradores da comunidade em difusores de conhecimento sobre saúde, atuando através de

ações simples nos problemas mais comuns de saúde. Com o sucesso do PACS, percebe-se a possibilidade de se fazer saúde no Brasil em um novo contexto, surgindo em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), embasado no modelo de saúde cubano. Esta nova forma de reorganização da atenção básica de saúde, proposta pelo então Ministro da Saúde Henrique Santilo, e que tomou grandes proporções na gestão do Ministro José Serra, deve colaborar para o reordenamento dos níveis de média e alta complexidade do sistema, de maneira a garantir o acesso da população a todos os níveis de assistência.

A Estratégia Saúde da Família trata de um sujeito coletivo identificado como família, que é uma das instituições sociais básicas juntamente com a instituição educacional, religiosa, governamental e econômica; sendo o lugar onde grande parte dos problemas surge, onde as pessoas se despojam de suas aflições, onde as ações estão no primeiro nível de atenção à saúde e direcionadas para tratamentos de agravos e promoção à saúde.

Desta forma trabalha-se a saúde pública como medicina do corpo social, e nas palavras de Scliar (1987), “a saúde pública só pode surgir quando a sociedade atingiu um grau de organização suficiente para ser caracterizada como corpo”. Nessa perspectiva, tem-se um olhar diferenciado com o qual se pode enxergar que comunidades diferentes terão padrões diferentes de saúde coletiva, considerando o grau de adaptação de tal comunidade e o equilíbrio interno no processo saúde-doença. Esta colocação do PSF com o entendimento do *corpo social*, não nega a possibilidade de tal entendimento ser realizado dentro do contexto e das práticas mais tradicionais do SUS, mas enaltece a visão do Programa em relação ao indivíduo e à comunidade.

No entanto, família não é pura e simplesmente estabelecida pelos laços sanguíneos, sobrepondo-se a estes laços as relações afetivas e sociais; uma vez que o parentesco não se desfaz, mas a instituição familiar é dinâmica e passível de rupturas e reorganizações.

A família transforma o indivíduo biológico em um ser social, oferecendo a ele os suportes: cultural, de objetivos e de valores sociais. Ela se modifica em função da localização territorial, do grupo social a que pertence e do momento

histórico em que vive, portanto não há como tratar família de forma genérica, pois cada qual tem características ímpares a serem analisadas e discutidas.

Por outro lado, para efetuar tais análises e discussões com a finalidade de prover saúde àquelas pessoas, não se pode entrar no meio familiar compulsoriamente, é necessário estabelecer uma relação de confiança para compartilhar de tal intimidade. Entretanto, este vínculo gera uma responsabilidade de resolver os problemas daquela família que prontamente abriu espaço ao profissional, e nem sempre é possível suprir esta expectativa.

Desta forma, percebe-se o quanto é delicado se infiltrar no seio familiar, desnudar uma família (tornando público o cotidiano privado), impor uma conduta de viver, um planejamento de ações e por fim solucionar muitas questões, mas talvez não resolver uma pequena situação, que quiçá, fosse a mais importante para aquelas pessoas. Neste momento é necessário refletir se foi produtivo o trabalho e para quem, se houve respeito aos sentimentos daqueles seres humanos e se os resultados compensaram o desvelamento da intimidade familiar. Estes sutis detalhes deveriam permear as mentes dos profissionais de saúde ao ingressarem nos lares.

Ao primeiro olhar, esta forma de se fazer saúde através das famílias, parece um modo novo de trabalhar, no entanto esta é uma velha prática, ou melhor, é o primeiro agente de medicalização da sociedade moderna.

Em 1820 o Barão Joseph-Marie de Gérando propôs o manual de “Le visiteur du Pauvre”, no qual estabelecia as seguintes regras: cercar a família a ser assistida, buscando informações; proceder a um interrogatório, sem que o entrevistado saiba as diferentes partes; deixar que as pessoas falem livremente, (conversa franca); momento de controlar a higiene da casa, a comida, os quartos, observando tudo atentamente enquanto se deixa falar à vontade, e o por último, o preenchimento da cartilha.

Este roteiro não parece ser muito diferente dos prontuários de visita domiciliar utilizados na medicina familiar. No século XIX, a mãe era a representante das demandas médicas, devendo prover um espaço limpo, arejado e purificado. As mães burguesas eram educadas para serem

verdadeiras enfermeiras domésticas, tanto que surge, em 1876, o *Dictionnaire de la santé* escrito pelo higienista J.B. Fonssagrives:

“Proponho-me a ensinar às mulheres a arte da *enfermagem doméstica*. As guardiãs mercenárias estão para as verdadeiras enfermeiras como as nutrizas de profissão estão para as mães: nada mais são do que necessidade. Tenho a ambição de fazer da mulher uma guardiã completa para o doente, capaz de compreender tudo e, sobretudo que é este o seu papel, e que ele é tão elevado quanto caridoso. Os papéis de mãe e o de médico são e devem permanecer nitidamente distintos. Um prepara e facilita o outro, eles se completam, ou melhor, deveriam se completar no interesse do doente. O médico prescreve, a mãe executa” (apud Donzelot, 1986, p. 23).

Observa-se, que ao surgirem as primeiras preocupações com a saúde, surgem também as famílias como o meio de intervenção aos processos de saúde-doença e que, com o desenvolver da história, a medicina passa por diversas transformações se distanciando desta concepção familiar e se aproximando, desenfreadamente das especialidades médicas, e de forma cíclica, no final do século XX, a família volta a ser o centro dos interesses em saúde, com um “novo” modelo de atenção: a saúde da família.

O Programa de Saúde da Família tem como princípios a territorialização/adscrição da clientela; a família como foco de assistência; o trabalho em equipe interdisciplinar; os vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e famílias assistidas; a integralidade, resolutividade e intersetorialidade das ações; e o estímulo à participação social.

Desta forma fica bastante claro o fato de que o Programa apenas reorganiza conceitos propostos pelo SUS, como a territorialização, que trabalha no sentido dos Distritos Sanitários enunciado na Lei nº. 8080/90, no seu art. 10º § 2º: “No nível municipal, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”; já a integralidade e a participação social, são diretrizes constitucionais do SUS, citadas anteriormente.

É importante ressaltar a questão dos Distritos Sanitários, tendo em vista que este talvez seja, o grande alicerce do Programa de Saúde da Família

e que este estudo tem como norteadores conceitos intrínsecos a esta questão, tais como: território-área, problemas atuais e de enfrentamento contínuo, vigilância à saúde e processo de trabalho na forma do modelo sanitário.

Primeiramente é necessário lembrar que os Distritos Sanitários correlacionam-se ao que, internacionalmente se denomina de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) os quais, segundo Vilaça Mendes (1995) apresentam uma dimensão técnica em um micro espaço de luta política e em um micro espaço social de luta ideológica; e não simplesmente uma questão topográfico-burocrática.

Os ideais do Distrito Sanitário condizem com uma das possíveis decodificações da Reforma Sanitária, que é a terceira via,

“... uma utopia necessária à construção de sistemas de saúde”, e ainda “busca equilíbrios dinâmicos entre interesses coletivos e individuais, entre o local e o central, entre os diferentes atores sociais de um sistema de atenção, entre a equidade e a eficiência, entre os controles e as liberdades dos profissionais, entre o hospital e o ambulatório, entre o sanitário e o social, etc.” (Vilaça Mendes, 1995, p.97).

Nesta concepção há quatro conceitos-chaves unidos na prática social, a citar: o problema, a prática sanitária, o território e o processo de trabalho.

O *território* pode ser visto como território-solo (geopolítico) ou como um território-processo. Este último é um território dinâmico, onde o político, o cultural, o epidemiológico e o econômico, têm importante relevância. É representado por um mapa inteligente, que reflete as condições de vida dos distintos grupos, estando, pois, em concordância com os preceitos do PSF.

O território do Distrito Sanitário, por questões organizacionais, está dividido em: território-distrito, território-área, território-micro área e território-moradia. O primeiro refere-se à divisão político-administrativa; o segundo é basicamente a área de abrangência da unidade de saúde; o terceiro se baseia no princípio das diferenças epidemiológicas, identificando áreas de risco; e o último é relativo ao núcleo familiar e seus agregados.

Segundo Matus (1993), o *problema* é “a formulação para um ator social de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma

aceita ou criada como referência.” Ao se refletir sobre este conceito, observa-se que não é possível estabelecer problemas prioritários verticalmente, é necessário identificar os valores daqueles atores sociais.

Os problemas que forem detectados a partir da investigação e análise do território serão tratados como de enfrentamento contínuo, podendo ser atuais (presentes), potenciais (com alta probabilidade de surgirem) ou solucionados (ausentes sob controle); e ainda, terminais (expressos em indicadores epidemiológicos) ou intermediários (produtores dos problemas terminais). Por outro lado, poderão surgir problemas a partir da concepção de não-normal do paciente, os quais serão denominados de problemas de enfrentamento ocasional, e devem ser resolvidos com igual enfoque de prioridade através da demanda espontânea.

A vigilância à saúde e a atenção à demanda constituem as *práticas sanitárias*. A primeira trabalha com os problemas de enfrentamento contínuo, segundo o modelo sanitário; sendo oposta a segunda que trata dos problemas ocasionais, segundo o modelo curativista. Estas duas práticas devem conviver paralelamente dentro das unidades de saúde, visto que uma promove saúde e a outra confere legitimidade social e reúne informações sobre situações de risco que atingem determinados grupos.

O *processo de trabalho* nos Distritos Sanitários possui dois modelos: o clínico e o sanitário. O modelo sanitário trabalha com grupos populacionais determinados por critérios socioeconômicos, demográficos e culturais e o modelo clínico focaliza o atendimento do indivíduo, seja para restabelecer a saúde, seja para prevenir agravos através da medicina preventiva.

A filosofia do Programa de Saúde da Família engloba o entendimento da complexidade do trabalho em distritos sanitários, a compreensão da família no enfoque social, bem como exige dos profissionais que compõe suas equipes uma profunda coesão entre si, somando saberes e com uma ampla concepção do coletivo; sendo fundamental a mudança do paradigma de atendimento. Desta forma, observa-se ainda uma dificuldade de recursos humanos capacitados, uma vez que o Brasil, por ser um país capitalista, forma profissionais de saúde em uma concepção privatista, o que dificulta o olhar

coletivo. Esta é uma relevante preocupação que está sendo contornada através das mudanças curriculares sugeridas aos cursos da ciência da vida.

O PSF atua em concordância ao conceito ampliado de saúde, desta forma apresenta uma estrutura multiprofissional formada, no primeiro momento, em 1994, por quatro a seis agentes comunitários de saúde, um médico, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. Nesta fase, os profissionais da saúde bucal estavam excluídos da Equipe de Saúde da Família (ESF), vindo a ter o seu ingresso estabelecido somente aos 29 dias do mês de dezembro do ano 2000, quando o Ministério de Estado da Saúde, sob o comando do ministro José Serra, publica no Diário Oficial da União (DOU), seção 1, página 85, a portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que cria o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, através do Programa de Saúde da Família, que entraria em vigor no primeiro dia do próximo ano.

Porém a regulamentação desta portaria e as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Programa do PSF, viriam somente em 06 de março de 2001 sob a forma da portaria nº 267, tendo vigor a partir de sua publicação no DOU em 07 de março de 2001, seção 1, página 67. A partir de então, somou-se a cada duas ESF uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), com duas variações de composição: a modalidade I, formada por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário e a modalidade II, formada por um técnico em higiene dental, além dos profissionais anteriormente citados.

Atualmente a saúde da família é considerada uma estratégia, o que a consolida como modelo de atenção. Em relação à odontologia a grande mudança ocorrida desde a sua implantação até os dias atuais, foi a possibilidade de paridade do número de ESF e ESB.

Salienta-se que propostas, como a desta pesquisa, de olhar holístico sobre o indivíduo, tratando a boca como um órgão pertencente a uma pessoa que tem vontades, ansiedades, opiniões e que, sobretudo, tem capacidade de julgar o que deseja como saúde bucal, são apenas possíveis de serem constituídas em um contexto interdisciplinar, o qual é o corpo da estratégia saúde da família.

3.2 Saúde Bucal: definição

A saúde bucal é definida como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. (I Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1986).

Assim ter saúde bucal é reconhecer a interligação entre os diversos sistemas intrínsecos e extrínsecos ao corpo. Segundo Pinto (2000), a saúde bucal tem sido conceituada como uma dentição confortável e funcional que permita ao indivíduo permanecer em sua função social desejável.

Por outro lado, ter saúde bucal é algo subjetivo, no qual cada indivíduo pode se designar saudável ou não em função do meio em que vive considerando o processo de saúde-doença e a capacidade de reagir e se adaptar frente à nova situação em que seu corpo se encontra. A saúde do indivíduo reflete o ambiente ao seu redor, o nível de informação, o acesso ao tratamento e à educação para prevenir e autopromover a sua saúde.

Neste estudo analisa-se a autopercepção de saúde bucal de idosos, ou seja, a maneira com que este grupo de pessoas enfrenta o processo saúde-doença bucal e, portanto é necessário conhecer a fase vital que estas pessoas estão vivendo.

3.3 O Processo de Envelhecimento

O termo idoso é dado a pessoas com idade superior ou igual a 60 anos em países em desenvolvimento e 65 anos em países desenvolvidos, segundo a OMS, 1974. Esta marcação cronológica é simplesmente uma disciplinarização da sociedade relativa às fases da vida, entretanto na prática, a perda da capacidade funcional de um indivíduo tem maior importância do que a quantidade de anos por ele completados. A pessoa pode envelhecer com boas condições de saúde e inserção social, contrariando a idéia comum de velhice como sinônimo de doença, improdutividade, dependência, isolamento e desvalorização social.

O processo de envelhecimento acontece em três vias: a biológica, a psicológica e a social. A primeira é dada pelo retardo gradual das funções fisiológicas, em especial, do sistema nervoso central. A última é fruto das expectativas que a sociedade tem em relação ao papel a ser desempenhado pelo indivíduo.

Segundo Hayflick (1997) o envelhecimento é a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período e não simplesmente a mera passagem do tempo. Outros estudiosos avaliam o envelhecimento como um processo biológico natural, ou ainda, como um processo patológico ou um problema sócio-econômico ou psico-social (Kalk; Baat; Meewissen, 1992). Este processo se inicia a partir do nascimento, porém acontece de diferentes formas em diferentes indivíduos, com velocidades também distintas e de modo irreversível, e, portanto a idade cronológica pode não coincidir com a biológica.

Caldas (1998) defende que a velhice pode significar vivências totalmente diferenciadas que vão da plenitude à decadência, da satisfação e prazer de viver à miséria e ao abandono.

3.3.1 O envelhecimento e a fisiologia bucal

Salienta-se a importância de diferenciar o processo normal de envelhecimento, das doenças relacionadas à velhice. Alterações naturais são as dificuldades visuais, a diminuição da audição, a perda de memória, entre outras. Quando se trata da cavidade oral, é bastante comum a perda dos dentes ser considerada como uma alteração natural e inevitável, no entanto esta é uma das conseqüências de doenças que não estão diretamente ligadas ao avanço da idade, mas que estão comumente presentes na velhice.

Outros problemas associados ao envelhecimento são: a xerostomia², alteração no paladar, dificuldade de mastigação e deglutição, atrição, abrasão, periodontopatias³, úlceras traumáticas geradas por próteses inadequadas e alterações degenerativas da mucosa e estruturas ósseas de suporte.

² Secura persistente da boca, por alterações das glândulas salivares.

³ Doenças periodontais. Doenças que acomete os tecidos que envolve os dentes.

3.3.2 O envelhecimento e o ciclo de vida

A via psicológica do envelhecimento é bem delineada através dos estudos do ciclo de vida, que é o conjunto de etapas que o ser humano vivencia no decorrer de sua existência. Ao contrário do que muitos pensam, atravessar fases do ciclo de vida nem sempre está relacionado à existência de crise, mas sim a passagem, a mudança.

“Em 1957, E. Duvall divide o ciclo familiar em 8 etapas organizadas em torno dos fatos nodais, entradas e saídas dos membros da família. A partir de então, o ciclo de vida familiar foi estudado por diferentes autores, com diferentes divisões.” (Cervený, 1997, p.26).

No entanto, independentemente da divisão ou do nome dado a cada fase, observa-se que o momento do ciclo vital vivido pelas pessoas da terceira idade é de fechamento e de síntese, de revisão e integração da vida, sendo caracterizado pela aposentadoria; viuvez; perda da autonomia; fragilidade física; reconstrução de papéis, através da saída física de alguns membros do núcleo familiar e a inserção de novos membros; manutenção do funcionamento e dos interesses próprios e/ou do casal diante do declínio fisiológico.

A família, em última fase, necessita aprender a lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros, preparando-se para a própria morte. É a fase da ruptura com o trabalho, o que traz uma sensação de liberdade e angústia e de continuidade por meio dos filhos e da intimidade do casal. “Homem e mulher maduros podem encontrar-se agora, a sós, para um contrato de velhice a dois” ou ainda, experimentarem a solidão sob o mesmo teto, por medo ou acomodação. (Cervený, 1997, p.129),

“Quando os pais precisam de cuidados, ocorre um momento na dinâmica familiar: os filhos precisam se empenhar em olhar para frente, cuidar de seus próprios filhos e netos e olhar para trás, cuidando de seus pais.” (Cervený, 1997, p.130)

Com a aposentadoria é preciso desenvolver novas relações com filhos, netos e cônjuge; redefinir a identidade profissional e a competência, e também é quando se tem a possibilidade de retomar desejos e projetos esquecidos.

“Velhice. Nós temos quase pavor de envelhecer quanto de não viver o suficiente para chegar à velhice. Os idosos, em nossa sociedade, foram estereotipados e descartados como antiquados, rígidos, senis, aborrecidos, inúteis e incômodos.” (Froma Walsh, M.S.W., 1995, p.269).

3.3.3 Capacidade Funcional

De acordo com os critérios de Rosa et al (1993), são considerados independentes os indivíduos sadios que podem apresentar doenças crônicas não graves e controladas por medicação ou que apresentassem declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

A capacidade funcional pode ser estabelecida através da aplicação do índice de Katz, de acordo com Abrams e Beers (1995). Neste índice são avaliadas seis atividades, a citar:

- Banha-se totalmente sozinho ou recebe ajuda somente em uma parte do corpo.
- Escolhe as roupas e veste-se sem nenhuma assistência, exceto para calçar sapatos
- Vai ao toalete, usa-o, organiza as roupas, e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio).
- Deita-se ou levanta-se da cama ou senta-se em uma cadeira (pode usar bengala ou andador como apoio).
- Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem acidentes ocasionais).
- Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne e passar manteiga no pão.

Para cada item marcado afirmativamente, soma 1 ponto, assim a tabela 3 apresenta a capacidade funcional de acordo com a pontuação atingida.

Tabela 2 - Critérios de dependência segundo índice Katz

Pontuação	Categoria
0, 1 e 2	Dependente
3 e 4	Moderadamente Dependente
5 e 6	Independente

3.4 Condição de Saúde Bucal da População Idosa Brasileira.

Em 2000 o Ministério da Saúde do Brasil iniciou um amplo projeto de levantamento das condições de saúde bucal que abrangeria tanto a população urbana quanto a rural, denominado SB Brasil. Os resultados deste levantamento foram publicados em 2004 com dados referentes à 2002/2003. Neste estudo dividiu-se a população nas seguintes faixas etárias: 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos; desta forma será considerado idoso o indivíduo na faixa etária de 65 a 74 anos.

Um dos índices avaliados no SB Brasil foi o CPO-D, amplamente utilizado na odontologia por mensurar as seqüelas deixadas pela doença cárie em determinada população, contabilizando o número de dentes permanentes cariados, perdidos por cárie, e restaurados. Lembrando que uma pessoa adulta possui 32 dentes, a variação da escala deste índice será de 0 a 32, podendo em algumas pessoas o número máximo ser 28, por não possuírem os quatro terceiros molares.

O CPO-D médio na faixa etária de 65 a 74 anos no Brasil, é de 27,8, sem variações significativas entre as regiões do país, ou seja praticamente todos os dentes são atingidos de alguma forma pela doença cárie. No entanto o mais preocupante é o fato de que componente perdido seja responsável por cerca 93% da composição percentual de tal índice, o que significa que ao decompor o índice de CPO-D e considerar apenas o número de dentes perdidos da população idosa brasileira, encontra-se a média de 25,8, conforme a tabela 2.

Tabela 3 - Média dos componentes do índice CPO-D, na população de 65 a 74 anos de idade, por macrorregião.

Macrorregião	Hígidos	Cariado	Obt./Cariado	Obturado	Perdido	CPO-D
Norte	3,34	1,77	0,03	0,17	26,38	28,34
Nordeste	4,11	1,7	0,02	0,34	25,2	27,27
Sudeste	2,64	0,6	0,05	0,91	27,05	28,61
Sul	3,57	0,79	0,09	1,16	25,29	27,33
Centro-Oeste	2,87	1,08	0,13	0,98	25,74	27,93
BRASIL	3,4	1,17	0,06	0,73	25,83	27,79

Fonte: Ministério da Saúde, SB Brasil 2003.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Dentária Internacional (FDI) propuseram em 1981, cinco metas em saúde bucal a serem cumpridas até o ano 2000 para as diferentes faixas etárias. Para os idosos, a meta seria de atender 50% deles, com 20 ou mais dentes presentes na cavidade oral. O Brasil possui apenas 10,23% da população idosa nestas condições, segundo o SB Brasil, 2003.

Ainda analisando os dados do SB Brasil, 2003, observa-se que há um alto percentual de idosos no Brasil, com uma ou as duas arcadas sem nenhum dente. O edentulismo⁴ na arcada superior atinge 74,06% dos idosos brasileiros, sendo que 16,15% não usam prótese total superior e que 57,91% a usam. Na arcada inferior a edentulismo atinge 57,99% dos idosos brasileiros, sendo que 23,81% não usam prótese total inferior e que 34,18% a usam.

A condição periodontal⁵ dos idosos brasileiros não é das melhores, uma vez que, apenas 7,89% do total de pessoas acima de 65 anos, não apresentam nenhum problema periodontal. A dor dentária é outro fator presente no cotidiano dessas pessoas, pois 22,44% relataram terem tido algum grau de dor nos últimos seis meses. (SB Brasil, 2003)

Observou-se ainda que 47,76% dos idosos classificam sua mastigação de regular a péssima, 34,99% consideram sua fala de regular a péssima, devido aos seus dentes e gengivas e que 43,80% classificam a situação de sua saúde bucal de péssima a regular. (SB Brasil, 2003).

Quanto à utilização do serviço público, 40,5% dos idosos no Brasil o fazem. No entanto 65,69% da população de 65 a 74 anos, tiveram sua última consulta há 3 anos ou mais. E ainda, 48,12% dos mesmos procuram o serviço por motivo de dor, conforme o SB Brasil, 2003.

3.5 Política Nacional de Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal, proposta em 2004 pelo Ministério da Saúde do Brasil, apresenta dez pressupostos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal e seis princípios norteadores, além dos princípios constitucionais da integralidade, equidade e universalidade.

⁴ Ausência total de dentes naturais.

⁵ Condição dos tecidos que envolve os dentes .

Os pressupostos desta política são:

- qualificação, garantindo a qualidade e resolutividade;
- garantia de uma rede de atenção básica articulada a toda rede de serviços;
- integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual e o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação.
- subsidiar o planejamento com as informações sobre o território e com a epidemiologia;
- acompanhar o impacto das ações de saúde bucal;
- atuar na vigilância à saúde;
- incorporar a estratégia de Saúde da Família;
- estabelecer política de educação permanente;
- estabelecer política de financiamento para desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção e;
- definir agenda de pesquisa científica para investigar os principais problemas relacionados à saúde bucal.

E ainda, a Política Nacional de Saúde bucal tem como norteadores a gestão participativa; a ética; o acesso universal desenvolvendo ações coletivas a partir do individual e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população daquela área; acolhimento; vínculo; e responsabilidade profissional, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com processo saúde-doença em cada território.

Ao se referir a ampliação do acesso às Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o documento declara que:

“Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.” (Brasil, 2004, p.13).

O documento trata da formação de grupo de idosos, onde

“a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos (as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso (a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento.” (Brasil, 2004, p.14).

Em tais diretrizes políticas, também se coloca a inclusão da reabilitação protética na atenção básica, que apesar de não ser específica aos idosos, está fortemente ligada a este grupo.

É importante ressaltar que a Estratégia de Saúde da Família é tida como o pilar que viabiliza e sustenta às ações preconizadas, e ainda, que:

“A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através de organização de visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário.” (Brasil, 2004, p.15).

3.6 Política Nacional de Saúde do Idoso

A Política Nacional de Saúde do Idoso foi apresentada pelo Ministro da Saúde José Serra, através da Portaria GM/MS nº 1395/99 de 10 de dezembro de 1999, sendo esta, fundamentada na Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica de Saúde) e na Lei nº 8842/94, a qual se refere aos direitos dos idosos.

Esta Política apresenta

“como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.” (Brasil, M.S., 2002, p.54).

As diretrizes essenciais estabelecidas na Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999).são:

- Promoção do envelhecimento saudável: a qual visa a orientação das pessoas em processo de envelhecimento quanto a importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção de hábitos saudáveis e a extinção de hábitos nocivos à saúde.

- Manutenção da capacidade funcional, que acontece em dois segmentos: prevenção dos agravos à saúde e detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou atuais, cujo avanço poderá influenciar na autonomia e habilidades do idoso.
- Assistência às necessidades de saúde do idoso, a qual engloba os ambientes domiciliar, ambulatorial e hospitalar.
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida: entendida como a reabilitação precoce com o intuito de prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, através de um trabalho multiprofissional.
- Capacitação dos recursos humanos: para se obter qualidade e quantidade de profissionais capacitados para o atendimento de idosos, sendo responsabilidade das três esferas governamentais.
- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, o qual se refere ao trabalho em consonância de: profissionais de saúde e cuidadores de idosos, parcial ou totalmente dependentes. O que configura a prática mais atual e menos dispendiosa para promover e manter a capacidade funcional dessas pessoas, demandando orientação, informação e assessoria de especialistas. Esses cuidadores também devem receber atenção médica pessoal devido ao desgaste a que estão submetidos.
- Apoio aos estudos e pesquisas, concentrando-se em quatro grandes tópicos, a citar:
 - ✓ estudo do perfil do idoso, nas diferentes regiões, e prevalência de problemas de saúde, incluindo dados sociais;
 - ✓ avaliação da capacidade funcional, prevenção de doenças, vacinações, estudos de seguimento e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento;
 - ✓ estudo dos modelos de cuidado, na assessoria para implantação, no acompanhamento e avaliação das intervenções; e
 - ✓ estudo sobre hospitalização e alternativas de assistência hospitalar.

Salienta-se que a estratégia de Saúde da Família é tida como a porta de entrada na rede de atenção ao idoso, por considerar que o atendimento mais

próximo dos lares e familiares é o almejado para a promoção de uma velhice saudável. E ainda, a concepção de trabalho dos profissionais engajados nesta Estratégia, faz com que estes profissionais atuem nos fatores que alteram o equilíbrio entre o ambiente e o indivíduo, assistindo as pessoas de forma integral e interdisciplinar.

3.7 Estatuto do Idoso

O estatuto do idoso entrou em vigor em 1º de outubro de 2003, intitulado de Lei nº. 10.741, no entanto seu processo de construção iniciou-se em 1997, quando o Deputado Paulo Paim, atualmente Senador, propôs o Projeto de Lei nº 3.561/97.

Este estatuto é uma legislação nacional paralela às políticas de saúde, e visa resgatar e assegurar o respeito e a dignidade dos cidadãos brasileiros da terceira idade, através da formalização de conceitos os quais são, ou pelo menos deveriam ser, intrínsecos à natureza humana e ao bom senso da sociedade.

O documento estabelece basicamente, os direitos fundamentais, as medidas de proteção, a política de atendimento, o acesso à justiça e os crimes e penalidades para os que desrespeitarem as pessoas com idade igual ou acima de sessenta anos.

O Estatuto do Idoso, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente, é um meio de garantir a cidadania plena, de proteger o cidadão, o que aparece claramente no art 3º:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do 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.” (ABREU FILHO, 2004, p.92)

A saúde do idoso possui um capítulo destinado à sua discussão, mais precisamente o quarto capítulo do segundo título, que trata dos direitos fundamentais. A discussão se dá em cinco importantes artigos, numerados de 15 a 19.

Destacam-se a seguir alguns trechos importantes do Estatuto que merecem ser lidos na forma que foram relatados, enfatizando o art. 17.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meio urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

3.8 Pacto Pela Vida

O Ministério da Saúde juntamente com o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e com o CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), elaborou o Pacto pela Vida, onde a portaria nº 399 GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, apresenta a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Em 03 de abril de 2006, a portaria 699 GM/MS regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

“O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.” (Brasil, M.S., 2006, p.06).

Neste pacto foram estabelecidas seis prioridades, e dentre elas a saúde do idoso. As demais são: controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da Saúde; e fortalecimento da Atenção Básica / Primária.

Considera-se idoso, neste pacto, as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. E as diretrizes estabelecidas para a saúde do idoso são:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;

- Formação e educação 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 para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Neste pacto também são estabelecidas ações estratégicas para que as diretrizes possam ser transformadas em práticas, a citar:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;
- Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;
- Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa;
- Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar;

- Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

3.9 A Questão Ética

A humanização dos serviços de saúde é consenso em todo o país, e

“humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.” (Fortes e Martins, 2000, p.31)

Com as palavras de Muñoz e Fortes, 1998, pode-se compreender a magnitude e profundidade que permeiam o exercício da conduta ética correta a partir da teoria dos princípios (princípioalismo).

“A Revolução Francesa estabeleceu três princípios básicos para a existência de uma sociedade humana justa, onde os homens possam viver com dignidade: liberdade, igualdade e fraternidade.

Em bioética, a relação médico-paciente pode reduzir-se a três tipos de agentes: o médico, o paciente e a sociedade. Cada um com um significado moral específico: o paciente atua guiado pelo princípio da autonomia, o médico pelo da beneficência e a sociedade pelo da justiça.

A autonomia corresponde, nesse sentido, ao princípio de liberdade, a beneficência ao de fraternidade e a justiça ao de igualdade.” (Muñoz e Fortes, 1998, p.57)

Falar de liberdade e de autonomia parece ser desnecessário quando se vive em uma democracia. Porém, quando se trata de decidir, de acatar ou não uma conduta ou um conselho que, do ponto de vista do profissional da saúde, é o melhor, a inquestionável autonomia se torna passível de questionamentos, devido à tendência paternalista de muitos profissionais, que entendem que o paciente não tem conhecimento suficiente para avaliar os prós e contras de uma decisão terapêutica. No entanto toda pessoa com suas faculdades mentais perfeitas, tem o direito de decidir sobre o seu próprio corpo e sobre o seu destino.

Para se ter uma ação autônoma, ou seja, a liberdade de decidir, é imprescindível que haja opções para escolha, ou que no mínimo, se tenha recursos para criar alternativas. Portanto, ter autonomia é ter liberdade para poder executar escolhas pessoais, familiares ou comunitárias, e para isso é essencial fornecer informações simples que o paciente compreenda.

O respeito à autonomia se refere ao fato de prezar sempre a individualidade, a cultura, as crenças, os costumes e as escolhas feitas pela pessoa, a menos que tais preferências infrinjam os direitos de outro ou da sociedade.

A Constituição Brasileira assegura o direito à autonomia a todos os cidadãos, incluindo pacientes e profissionais, assim da mesma forma que o paciente tem direito de querer ou não uma conduta, o profissional também o tem, podendo se opor a realizar algo que considere inoportuno. A única exceção constitucional em relação à liberdade de decisão se reporta aos casos de risco de vida. (Muñoz e Fortes, 1998)

“A pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, que afetem ou venham a afetar sua integridade físico-psíquica ou social.” (Muñoz e Fortes, 1998, p. 63)

No entanto, nenhum princípio deve ter caráter absoluto, é necessário fazer um balanço geral da situação usando sempre a prudência como mediador. Na prática das profissões da ciência da vida é muito importante não esquecer que todo princípio tem limites, e o primeiro deles é a dignidade individual intrínseca a todo ser humano. (Muñoz e Fortes, 1998)

Neste estudo, dois princípios estão muito presentes: a autonomia, já discutida, e a beneficência, os quais podem ser considerados seus pilares éticos, uma vez que se pretende, a partir das dificuldades e incômodos relatados pelos idosos, produzir subsídios para futuramente desenvolver um programa de saúde bucal específico.

A beneficência como princípio ético é a obrigação moral de agir em benefício de outros, no entanto é difícil estabelecer uma linha entre a obrigação e o ideal moral.

Alguns profissionais de saúde tendem a se orientar pura e simplesmente pela beneficência, e conseqüentemente passa a ter uma conduta paternalista.

“Aceita-se eticamente que se possa exercer uma ação persuasiva ou propositiva, mas não é válido que ocorram atitudes coersivas e manipuladoras de fatos ou dados. Persuasão, entendida como a tentativa de induzir alguém de apelos à razão para que livremente aceite crenças, atitudes, valores, intenções ou ações advogadas pela pessoa que persuade. Já a manipulação é a tentativa do manipulador pretende, desconhecendo o que ele intenta, fazendo com que a pessoa perca o controle de seus atos.” (Fortes e Martins, 2000, p.32).

Por outro lado, há situações em que o paternalismo é inevitável, por se tratar de pessoas incapazes juridicamente ou com sua competência moral limitada. Porém quando se trata de um paternalismo imposto às pessoas autônomas e que por conseqüência desrespeita a vontade do cidadão, a qual deve estar acima da ideologia ou opinião do profissional, trata-se de algo indesejável e condenado eticamente.

Portanto, antes de desenvolver qualquer tipo de programa, é necessário conhecer a realidade em que a comunidade vive e dar poder de voz a ela, para posteriormente refletir e ponderar entre o projeto técnico do profissional e as reais dificuldades e anseios da população.

3.10 Determinação de necessidade de forma subjetiva.

3.10.1 Avaliação Subjetiva x Planejamento Normativo

Quando há a intenção de avaliar a saúde de um determinado grupo populacional de forma subjetiva, de acordo com a percepção que o indivíduo tem do problema, remete-se ao conceito de necessidade como prestação de benefício. Segundo Coast, Donavan e Frankel, 1996, a necessidade como prestação de benefícios é determinada pelo entendimento que o paciente tem do seu problema, para avaliar se a intervenção trará ou não benefícios a ele, não se limitando ao fato de que se existe um problema há necessidade de tratamento (apud Sheiham, 2000).

“No planejamento de serviços de saúde bucal usa-se mais a noção da necessidade normativa, porque ela se enquadra dentro do modelo biomédico, o qual se baseia na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente. A necessidade normativa é interpretada como a quantidade de cuidados odontológicos, na qual os especialistas julgam e determinam o que deve ser feito para que as pessoas continuem ou se tornem saudáveis, tanto quanto permite o conhecimento existente.” (Sheiham, 2000, p.226).

No entanto, a utilização de critérios de determinação de necessidade de forma subjetiva, com a participação do paciente e sob o olhar da necessidade como prestação de benefícios ao paciente, parece estar mais próximo do conceito ampliado de saúde proposto pela OMS, do que a determinação normativa feita apenas pelo profissional a partir de critérios técnicos.

Portanto, acredita-se que no planejamento em saúde bucal seja necessário considerar as dimensões psicológicas e sociais, além da dimensão clínica. Afinal a última é a dimensão do planejamento normativo, o qual possui diversas deficiências, segundo Sheiham (2000) a citar:

- Não é tão quantificável quanto o termo normativo insinua, pois é uma avaliação subjetiva do profissional, que também possui crenças e valores.
- O diagnóstico padrão de doença para os profissionais da odontologia, que por sua vez produziria necessidade de tratamento, nem sempre é a norma em termos de dimensão social ou funcional dos pacientes.
- Os problemas bucais estão bastante relacionados com a qualidade de vida e com o conforto pessoal, e ainda, a satisfação dentária das pessoas tem pouca relação com a avaliação clínica da condição bucal.
- Os conceitos de saúde e doença são influenciados por valores culturais, assim a avaliação de saúde por pessoas leigas é diferente da avaliação dos profissionais.
- Ao se concentrar no aspecto técnico de necessidade, as atitudes e comportamentos do paciente com frequência não recebem atenção suficiente, assim como, a promoção de saúde, do bem-estar e a prevenção de doenças, não recebem a ênfase devida.
- A necessidade justificada pela pura avaliação profissional é questionada em termos de direitos humanos e do consumidor.
- Ao estipular o tratamento mais eficaz descarta a possibilidade de outros tratamentos menos eficazes, porém menos dispendiosos, que poderiam beneficiar mais pessoas.
- A necessidade normativa é criticada por sua opinião paradoxal. Embora ela recomende tratamento, na crença de que doente deveria ser ajudado, este não é conseguido na maioria das situações devido aos limitados recursos disponíveis.

O planejamento em saúde não pode ser reduzido aos critérios profissionais, deve incluir as questões particulares de cada paciente ou comunidade. Portanto, a determinação do impacto produzido pelas condições bucais na qualidade de vida, os desejos e comportamentos de uma população tornam-se fundamentais para o planejamento, afinal esses fatores terão grande influência no sucesso do tratamento ou do programa de saúde bucal a ser implantado.

3.10.2 Instrumentos para a determinação subjetiva de necessidade em odontologia.

- The Social Impact of Dental Disease (SIDD) ou Impactos Sociais das Doenças Dentais (CUSHING, SHEIHAM & MAIZELS, 1986);
- Index of Chewing Ability (ICA) ou Índice de Capacidade Mastigatória (LEAKE, 1990);
- The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) ou Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica (ATCHISON & DOLAN, 1990);
- Oral Health Impact Profile (OHIP) ou Perfil do Impacto de Saúde Bucal (SLADE & SPENCER, 1994);
- Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI) ou Indicadores Subjetivos do Estado de Saúde Bucal (LOCKER & MILLER, 1994);
- The Dental Impact on Daily Living (DIDL) ou Impactos Odontológicos na Vida Diária (LEÃO & SHEIHAM, 1996);
- Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL) ou Medida de Saúde Bucal relacionada à Qualidade de Vida (KRESSIN, 1997);
- The Dental Impact Profile (DIP) ou Perfil do Impacto Odontológico (STRAUSS, 1997);
- The Sickness Impact Profile (SIP) ou Perfil dos Impactos das Doenças (GILSON et al, 1975; REISINE, 1997);
- Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), ou Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD) (ADULYANON & SHEIHAM, 1997).

(Torres, 2003)

3.10.3 Impacto Odontológico no Desempenho Diário (IODD)

O IODD foi proposto, pela primeira vez, por Sheiham e Adulyanon em 1997. Outras publicações de Sheiham, como a utilizada neste estudo e datada do ano 2000, apresentam e fazem o detalhamento do índice.

O IODD é uma avaliação subjetiva e que está em harmonia com o conceito de necessidade como prestação de benefícios, afinal mensura a interferência ocasionada pelos problemas bucais na vida diária das pessoas, avaliando as seguintes atividades:

- a) Comer e gostar da comida.
- b) Falar e pronunciar as palavras com clareza.
- c) Limpar os dentes.
- d) Dormir e descansar.
- e) Sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem constrangimento.
- f) Manter o estado emocional normal sem se irritar.
- g) Continuar a levar uma vida normal e a fazer o seu trabalho.
- h) Satisfação nos encontros sociais com outras pessoas.

Este índice trabalha com a abordagem lógica da quantificação de impacto, usando severidade e freqüência, distribuída em escala de zero a cinco.

Para freqüência, a pontuação é estabelecida de acordo com a ocorrência das atividades, a citar:

0. nunca;
1. menos de uma vez por mês, ou intervalo de até 5 dias no total;
2. em torno de uma vez por semana, ou intervalo de até 15 dias no total;
3. em torno de duas vezes por semana, ou intervalo de até 30 dias no total;
4. três a quatro vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total;
5. todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais de 3 meses no total.

A classificação de severidade é obtida também na escala de 0 a 5, indicando o quanto de dificuldade ou incômodo o impacto causou nas atividades diárias da pessoa, sendo:

0. nenhuma dificuldade;
1. pouquíssima dificuldade;
2. pouca dificuldade;
3. média dificuldade;
4. grande dificuldade;
5. dificuldade Muito Grave.

Os resultados individuais do IODD são produtos da multiplicação da severidade pela frequência em cada atividade, gerando o IODD bruto individual por atividade. O IODD bruto individual total é a somatória dos oito IODD individuais por atividade.

O IODD bruto da população é a soma dos IODDs brutos individuais, seja por atividade ou total. O IODD médio da população é a média aritmética dos IODDs brutos individuais, seja por atividade ou total.

O IODD médio da população por atividade terá variação de 0 a 25 e o IODD médio total terá variação de 0 a 200, considerando valor 5 tanto para frequência como para severidade em cada uma das oito atividades.

Porém para facilitar a análise, pode-se transformar os valores do IODD médio da população em percentuais, empregando as fórmulas abaixo, onde foi utilizada a atividade comer e gostar de comida. como exemplo de IODD percentual por atividade.

$$\text{IODD}_{\text{comer}}\% = \frac{\text{IODD}_{\text{comer}} \text{ Médio}}{25} \times 100$$

$$\text{IODD}_{\text{Total}}\% = \frac{\text{IODD}_{\text{Total}} \text{ Médio}}{200} \times 100$$

CAPÍTULO 4

OBJETIVO

4.1 Objetivo Geral

Identificar o impacto das condições de saúde bucal no cotidiano dos idosos residentes na área 8 do Programa Saúde da Família, denominada Monte Alegre I, do município de Camboriú - SC.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar os problemas relacionados com a saúde bucal, vivenciados pelo idoso;
- Quantificar a interferência da saúde bucal no cotidiano do idoso;
- Identificar o comportamento do idoso em relação à procura do atendimento odontológico;
- Identificar a autopercepção de saúde bucal do idoso.

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA

5.1 A escolha da metodologia

Na escolha da metodologia para a elaboração deste trabalho optou-se por um estudo misto entre a pesquisa quantitativa e qualitativa, para obter a mensuração e a análise que a pesquisa quantitativa proporciona e a contextualização dos fenômenos possibilitada pela pesquisa qualitativa. O estudo realizado foi exploratório analítico, a partir de dados primários coletados em entrevistas semi-estruturadas, aplicadas pela autora.

5.2 População e Amostra

A população alvo desta pesquisa foram homens e mulheres acima de 60 anos, do bairro Monte Alegre, residentes na área 8 do PSF, no município de Camboriú e funcionalmente independentes, o que totalizou 92 idosos.

A capacidade funcional dos participantes desta pesquisa foi mensurada através da aplicação do índice de Katz.

Os idosos foram localizados através do cadastro de famílias realizado pela equipe de Saúde da Família da área. As entrevistas foram realizadas pela autora no domicílio do entrevistado, após agendamento prévio feito pelos ACS (Agente Comunitário de Saúde).

5.3 Elaboração e Apresentação do Questionário

O instrumento utilizado neste estudo para coleta de dados foi elaborado a partir de uma adaptação, feita pela autora, do questionário proposto por Sheiham (2000).

Por ser uma adaptação, contém perguntas retiradas dos questionários sintético e completo, propostos por Sheiham, (2000) e perguntas elaboradas pela autora - as de número 6, 8 e 9 - que se referem respectivamente ao motivo da última consulta, à influência do nervosismo na procura do dentista e à presença de dentes naturais ou dentadura, bem como o espaço para anotação de falas do entrevistado.

A entrevista pode ser dividida em seis blocos: dados demográficos, comportamento, Impacto Odontológico nos Desempenhos Diários (IODD), descrição de problemas e sintomas e percepção e fala do entrevistado, totalizando 15 perguntas fechadas e abertas, e um espaço aberto para anotação de falas do entrevistado julgadas relevantes pela pesquisadora.

O questionário foi submetido a um pré-teste para avaliar a compreensão do entrevistado em relação aos itens questionados e o tempo de entrevista, uma vez que o idoso é mais susceptível à impaciência.

5.4 Tratamento dos Dados

Os dados quantitativos, excetuando-se as atividades do IODD, foram distribuídos em planilhas eletrônicas, onde se utilizou o sistema binário para quantificação dos dados. Neste sistema, “0” simboliza uma resposta negativa ou a não escolha daquela opção, e “1” refere-se a uma resposta positiva ou a eleição daquela alternativa.

As respostas da pergunta de número 13, a qual era apresentada de forma aberta e se referia a presença de dentes naturais ou dentadura, foram divididas em categorias de acordo com a semelhança das respostas, o que resultou em um total de cinco categorias.

Os dados qualitativos, representados pela transcrição na íntegra das falas dos entrevistados, foram utilizados para ilustrar e enfatizar os resultados quantitativos.

CAPÍTULO 6

ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 Características Gerais da População

A primeira etapa da coleta de dados desta pesquisa foi a localização dos idosos e a avaliação, através do índice de Katz, da sua capacidade funcional.

Foram localizados 98 idosos residentes na área 8 do PSF, do município de Camboriú, a qual constitui parte da população do bairro Monte Alegre. A amostra foi constituída de 92 idosos, o que corresponde a 93,88% daqueles encontrados, pois 6,12% (6 pessoas) foram excluídos da pesquisa por terem algum grau de dependência funcional. A amostra, portanto é da totalidade dos indivíduos com idade superior a 60 anos e funcionalmente independentes, localizados na área delimitada pela pesquisa, sendo que todos concordaram livremente em participar do estudo.

A variação da idade dos indivíduos nesta pesquisa foi de 60 a 89 anos. Em relação ao sexo, 56,26% (49) são mulheres e 46,74% (43) são homens, considerando o total de 92 idosos.

O estado civil predominante, entre os idosos estudados, foi casado, com 39,13% (36), seguido pelo viúvo, com 35,87% (33), como mostra o gráfico 7 .

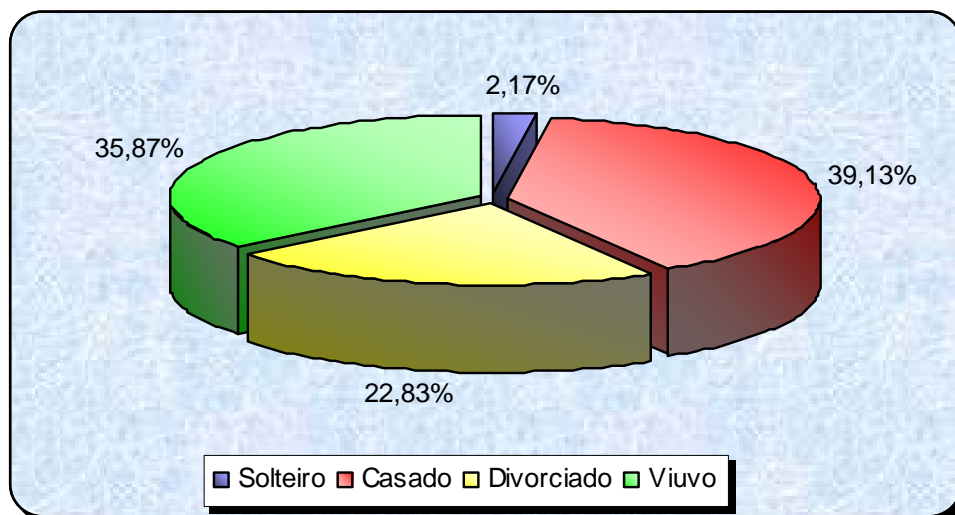


Gráfico 7 - Distribuição dos idosos da amostra segundo estado civil.

O grau de escolaridade encontrado foi consideravelmente baixo, pois 79,35% (73) dos idosos tiveram acesso ao estudo apenas até a 4ª série primária, atualmente denominada de quarta série do ensino fundamental, e 3,26% (3) sem nenhum grau de escolaridade, o que totaliza 82,61% (76) de indivíduos com 4 anos ou menos de estudo, sendo considerados analfabetos funcionais segundo o IBGE, como demonstrado pelo gráfico 8.

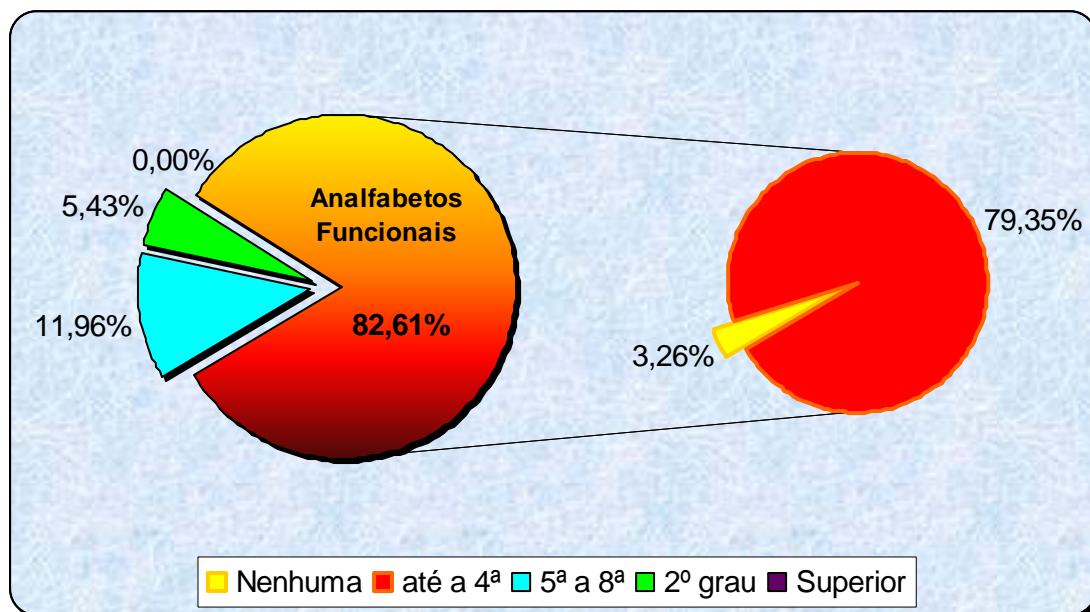


Gráfico 8 - Distribuição dos idosos da amostra segundo a escolaridade.

6.2 Variáveis do Estudo

6.2.1 Comportamento

O tempo decorrido desde a última consulta odontológica foi questionado aos entrevistados, constatando-se que, 33,70% (31) da população estudada não visita o dentista há mais de 10 anos, e que 30,43% (28) o fez há menos de 1 ano e 22,83% (21) de 1 a 2 anos, como apresentado no gráfico 9.

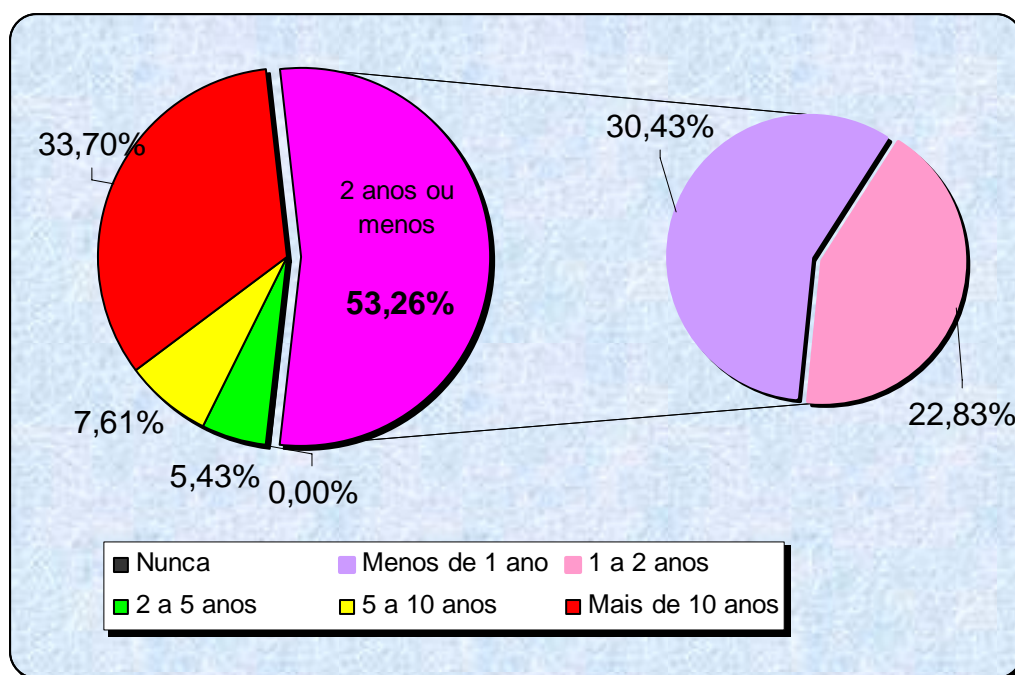


Gráfico 9 – Distribuição segundo o tempo da última consulta.

O gráfico 10 apresenta o motivo da última consulta feita pelos entrevistados a um dentista, constatando-se que 53,26% (49) o fizeram por dor e que, apenas 7,61% (7) procuraram o serviço para exame de rotina. É importante salientar que 39,13% (36) relataram ter tido como motivo de sua ida ao dentista, a confecção de prótese total (PT).

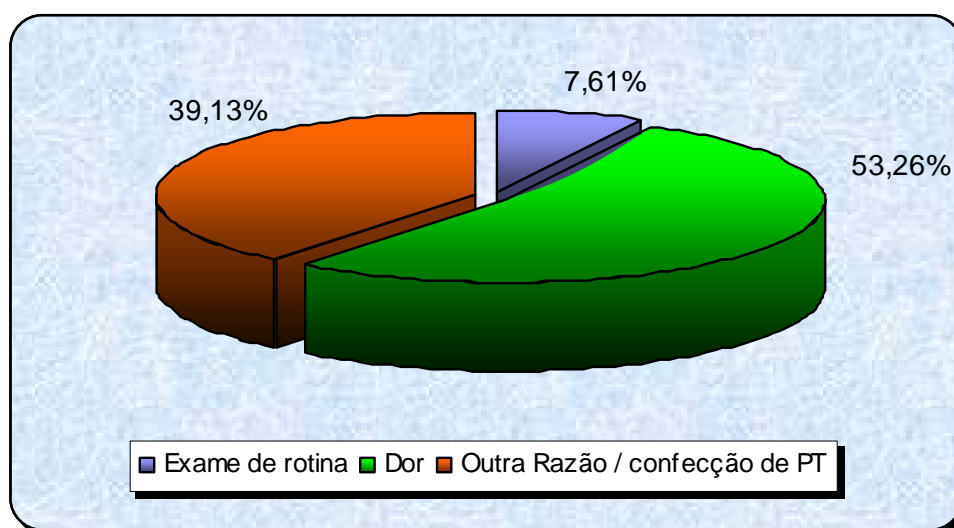


Gráfico 10 – Distribuição segundo o motivo da última consulta.

O SB Brasil demonstra que 48,12% dos idosos brasileiros procuraram o dentista pela última vez por dor e 17,93% para exame de rotina. Portanto percebe-se um percentual maior em Camboriú no que se refere à procura por motivo de dor e consideravelmente menor em relação à procura para exame de rotina.

Analisando-se os 49 idosos que compareceram ao consultório dentário há 2 anos ou menos, observa-se que 44,90% destes (22) o fizeram por dor e que apenas 14,29% (7) procuraram o dentista para uma revisão, como demonstra o gráfico 11.

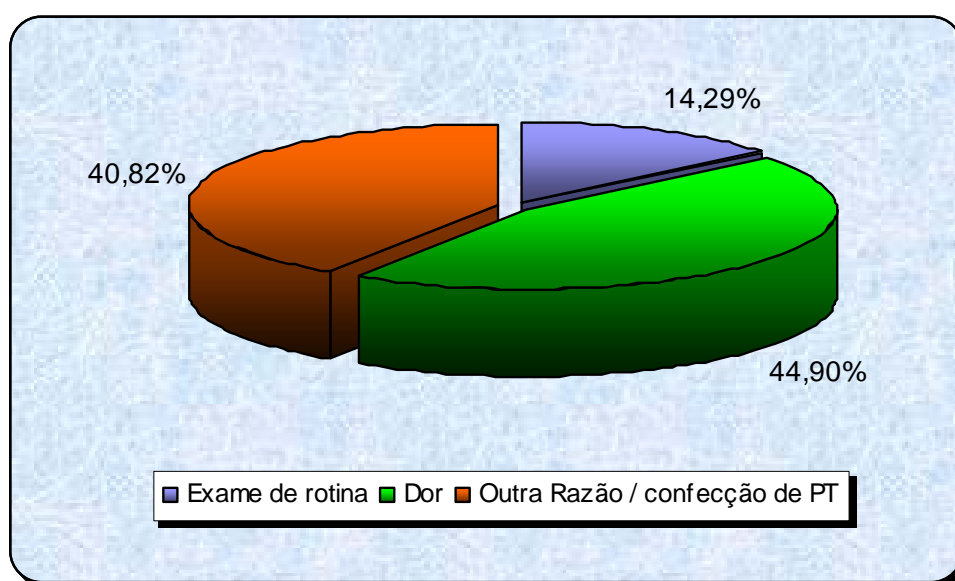


Gráfico 11 - Distribuição, dentre os que tiveram sua última consulta a menos de 2 anos, segundo o motivo da consulta.

Por outro lado, 33,70% (31) dos idosos declaram ter estado em um consultório dentário pela última vez há mais de 10 anos, sendo que 74,19% (23) não possuem dentes naturais, são portadores de próteses totais ou edêntulos, o que justifica, em parte, esta desatenção com a cavidade oral.

A relação nervosismo e consulta odontológica foi questionada aos entrevistados, sendo que 61,96% (57) relataram não sentirem nenhum tipo de nervosismo antes de uma consulta. Os outros, 38,04% (35) relataram terem diferentes graus de nervosismo, e destes, 23,91% (22) têm medo de ir ao dentista. O gráfico 12 apresenta o detalhamento dos dados.

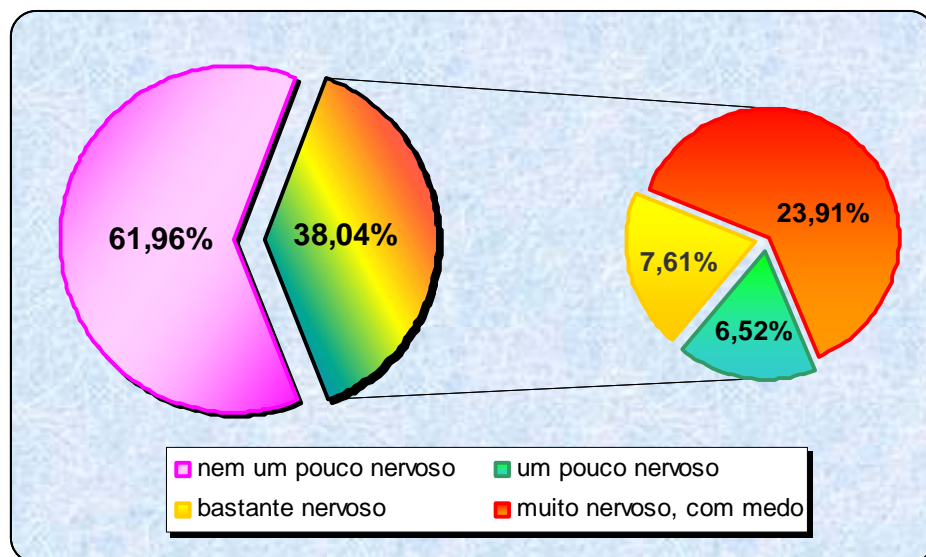


Gráfico 12 - Distribuição segundo o grau de nervosismo ao ir ao dentista.

No entanto, dos 35 idosos que admitiram sentirem nervosismo frente a uma consulta odontológica, somente 17,14% (6) relataram que esses nervosismo influencia na procura do dentista, como descrito no gráfico 13

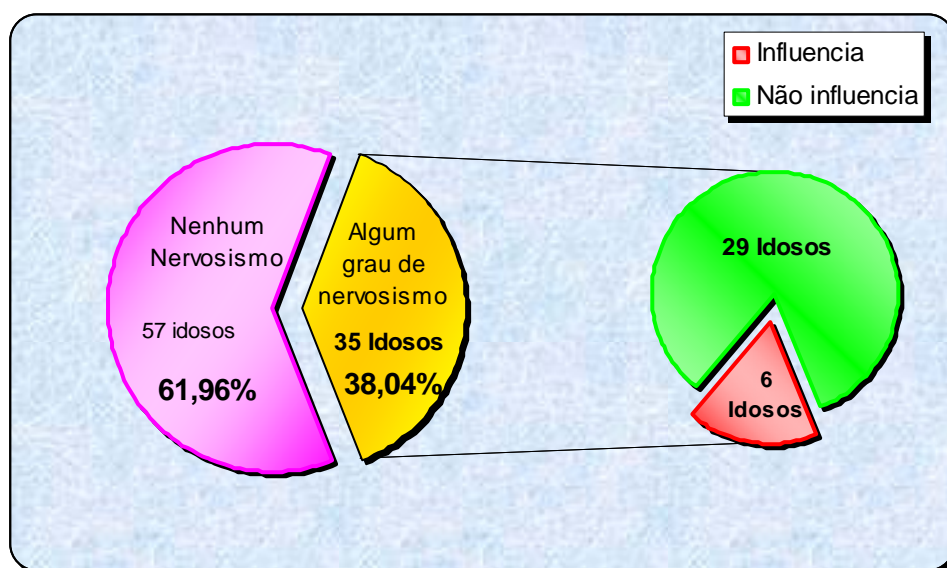


Gráfico 13 – Distribuição de acordo com a influência do nervosismo na procura do dentista

Observou-se também que os seis idosos que relataram que o nervosismo frente ao dentista influencia na procura do mesmo, pertenciam à parcela de entrevistados que admitiram ficar muito nervosos ou com medo, perfazendo 27,27% destes.

Assim, um corte transversal foi feito para analisar somente os 23,91% (22) dos idosos, que relatam ter medo ao ir ao dentista e identificou-se que 95,45% (21) destes idosos são portadores de prótese total em, ao menos, uma arcada. Assim, conclui-se que esses idosos passaram por inúmeras exodontias⁶, o que pode ser reflexo de tal medo, já que esse tipo de procedimento ainda pode ser bastante traumático.

O entrevistado nº 51 relata: "Quando *ranquei* meus dentes foi tudo de uma só vez e o *dotô* quase que teve que subi em cima de mim."

Ainda analisando segundo tal corte, a confecção de prótese total apresenta 54,55% dos motivos de última consulta para o grupo que relatou ter medo de ir ao dentista e a dor representou 40,91%, segundo o gráfico 14.

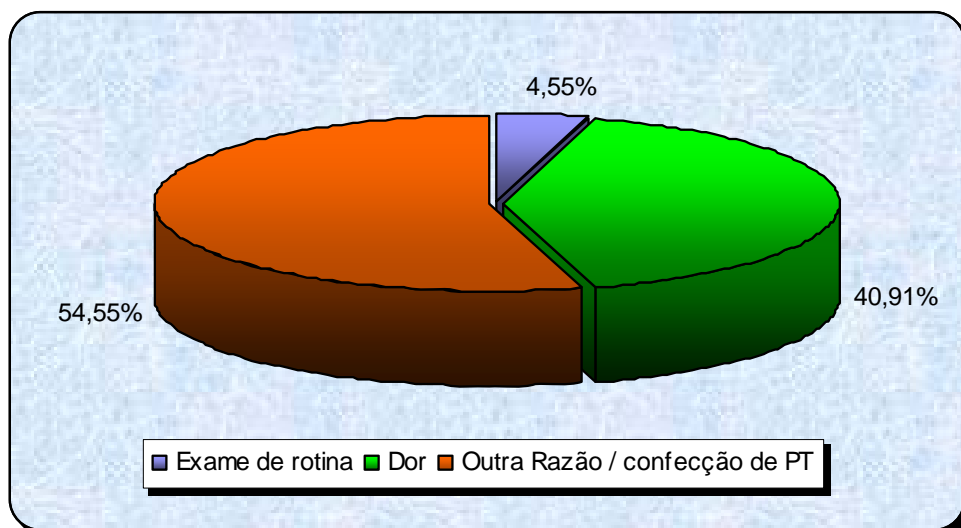


Gráfico 14 - Distribuição, dentre os que relataram sentir-se com medo ao ir ao dentista, segundo o motivo da última consulta.

Foi perguntado aos idosos, em questão aberta, se eles possuíam dentes naturais ou usavam dentadura, e as respostas encontradas formaram cinco categorias:

- 1) portadores de prótese total superior e inferior;
- 2) portador de prótese total superior e edêntulo inferior;
- 3) edêntulo superior e inferior;
- 4) portador de prótese total superior e presença de dentes ântero-inferior e,
- 5) presença da maioria dos dentes (20 ou mais dentes naturais presentes)

⁶ Extrações dentárias

O gráfico 15 demonstra a divisão percentual de cada uma das categorias encontradas, ressaltando que 36,96% (34) eram portadores de prótese total superior e inferior e que não foi encontrado nenhum idoso com todos os dentes naturais. Também pode ser observado que apenas 39,13% (36) dos participantes da pesquisa, possuem dentes naturais em ao menos parte de uma das arcada. Ressalta-se ainda, que apenas 14,13% possuem 20 ou mais dentes, no entanto o proposto pela OMS para o ano 2000 era de 50% dos idosos com 20 ou mais dentes.

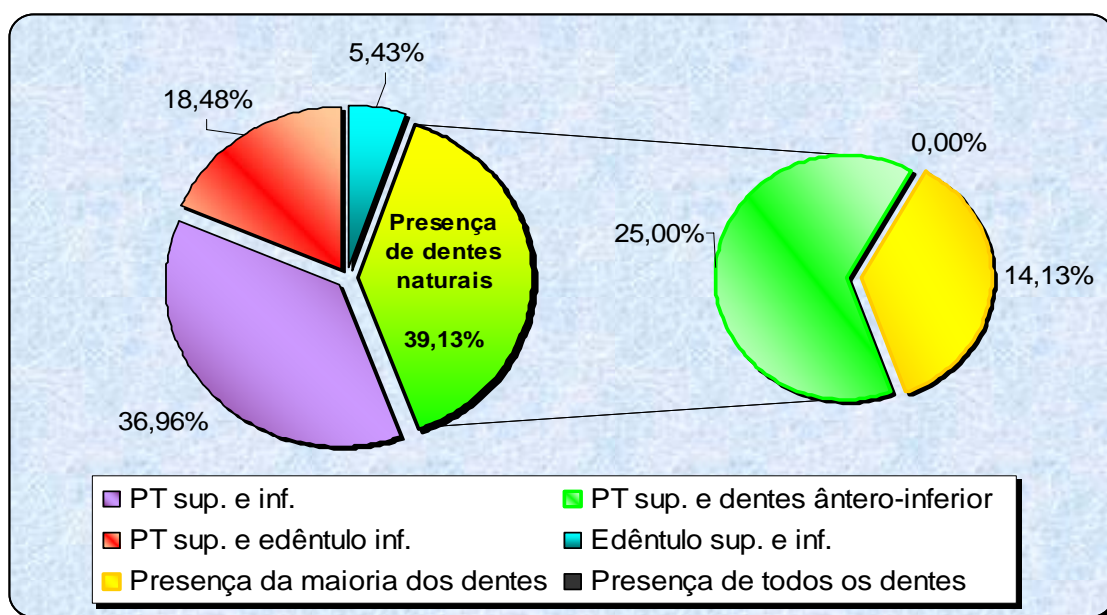


Gráfico 15 - Distribuição dos idosos segundo a presença ou ausência de dentes e próteses.

Comparando os dados apresentados no gráfico 15 com os encontrados no levantamento epidemiológico SB Brasil, conforme demonstrado na tabela 4, percebe-se que ao se somar o percentual de idosos que usam e o percentual dos que necessitam de prótese total superior, o percentual de edentulismo superior, atinge em Camboriú 85,86% e no SB Brasil 74,06%.

Tabela 4 - Comparação do uso e necessidade de prótese total superior por idosos, em Camboriú e no SB Brasil, 2003.

Uso ou Necessidade de P.T. Superior	Camboriú	SB Brasil, 2003. Região Sul.
Usam prótese total superior	80,44% (74)	68,20%
Necessitam e não usam prótese total superior	5,43% (5)	7,95%
Usam ou necessitam de P.T. superior	85,87% (79)	76,15%
Possuem dentes superiores naturais	14,13% (13)	23,85%

A tabela 5 faz a mesma comparação que a tabela 4, no entanto referindo-se à arcada inferior.

Tabela 5 - Comparação do uso e necessidade de prótese total inferior por idosos, em Camboriú e no SB Brasil, 2003.

Uso ou Necessidade de P.T. Inferior	Camboriú	SB Brasil, 2003. Região Sul.
Usam prótese total superior	36,96% (34)	39,63%
Necessitam e não usam prótese total superior	23,91% (22)	14,44%
Usam ou necessitam de P.T. superior	60,87% (56)	54,07%
Possuem dentes superiores naturais	39,13% (36)	45,93%

Pode-se observar, portanto, que o percentual de pessoas que necessitam de prótese total inferior e não a usam, é consideravelmente maior do que o de pessoas que necessitam de prótese total superior e não a usam. Inúmeras vezes os idosos da pesquisa justificaram essa ausência de uso de próteses totais inferiores pelo desconforto provocado pela mesma.

“Eu não tenho e não quero usar dentadura em baixo, porque a minha vizinha tem uma e vive pulando...” (entrevistado nº 8)

6.2.2 Impacto Odontológico nos Desempenhos Diários

Ao aplicar o IODD, observou-se que 30,43% (28) dos entrevistados não tiveram nenhum incômodo com seus dentes, próteses ou boca nos últimos seis meses. Os demais, 69,57% (64), relataram ter tido dificuldade em uma ou mais atividades, com diferentes freqüências e severidades, o que totalizou 99 relatos de incômodo.

Ao observar o gráfico 16 percebe-se que 29,29% dos relatos de dificuldade são referentes a comer e gostar da comida, 26,26% relativos a manter o estado emocional sem se irritar e 22,22% relacionados a falar ou pronunciar as palavras com clareza. Portanto essas três atividades totalizam 77,77% dos relatos de incomodo. No outro extremo está limpar os dentes e ter satisfação nos encontros sociais com outras pessoas sem nenhum relato.

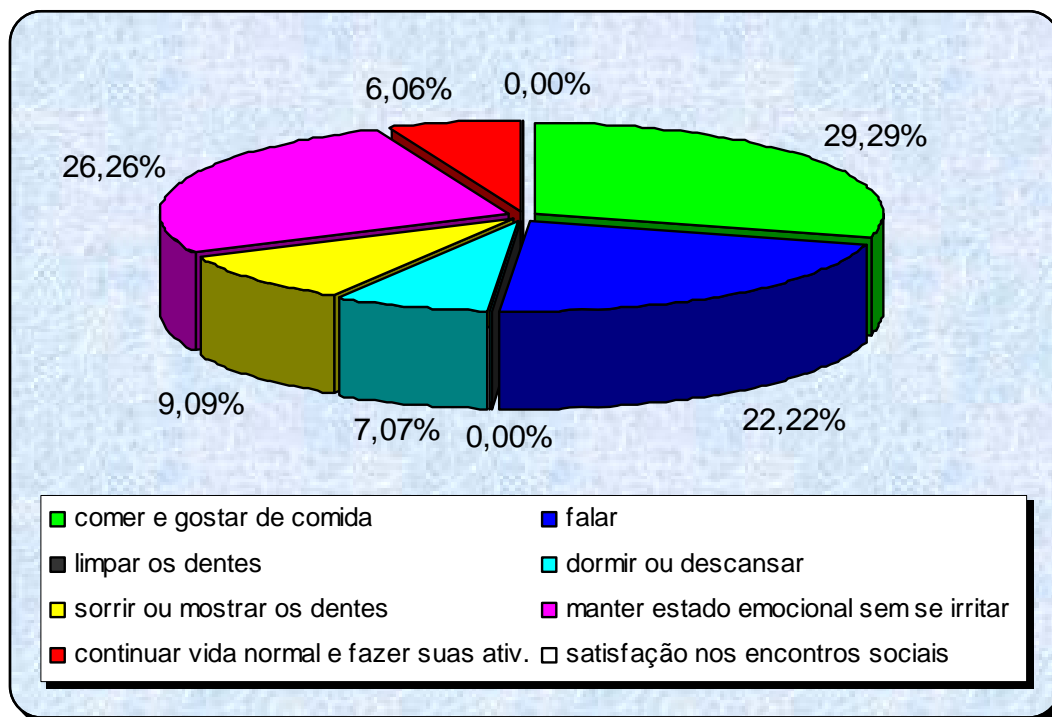


Gráfico 16 – Distribuição dos relatos de incomodo por atividade.

A média percentual do IODD da população total da amostra é baixa: 6,33%, e considerando apenas os que possuem dentes naturais, este coeficiente se eleva para 8,99%, conforme demonstram as tabelas 6 e 7.

A tabela 6 apresenta o IODD bruto, o IODD médio e o IODD médio percentual, para os 92 participantes da pesquisa. A tabela 7 apresenta os mesmos dados, mas apenas considerando os 36 participantes que possuem dentes naturais. Lembrando que o IODD médio por atividade é expresso em escala de 0 a 25 e o IODD médio total em escala de 0 a 200.

Tabela 6 - IODD da população por atividade e total.

	Bruto	Médio	%
Comer e gostar de comida.	434	4,72	18,88%
Falar ou pronunciar as palavras com clareza.	308	3,35	13,40%
Limpar os dentes.	0	0,00	0,00%
Dormir ou descansar.	66	0,72	2,87%
Sorrir ou mostrar os dentes sem constrangimentos.	63	0,68	2,72%
Manter estado emocional sem se irritar.	224	2,43	9,72%
Continuar a levar a vida normal e fazer seu trabalho.	70	0,76	3,04%
Ter satisfação nos encontros sociais com outras pessoas.	0	0,00	0,00%
IODD TOTAL	1165	12,66	6,33%

Tabela 7 - IODD dos indivíduos que possuem dentes naturais, por atividade e total.

	Bruto	Médio	%	
IODD por atividade	Comer e gostar de comida.	245	6,81	27,24%
	Falar ou pronunciar as palavras com clareza.	244	6,78	27,11%
	Limpar os dentes.	0	0,00	0,00%
	Dormir ou descansar.	64	1,78	7,12%
	Sorrir ou mostrar os dentes sem constrangimentos.	0	0,00	0,00%
	Manter estado emocional sem se irritar.	94	2,61	10,44%
	Continuar a levar a vida normal e fazer seu trabalho.	0	0,00	0,00%
	Ter satisfação nos encontros sociais com outras pessoas.	0	0,00	0,00%
	IODD TOTAL	647	17,97	8,99%

Em uma análise por atividade, comer e falar foram as atividades de maior impacto, tanto para o todo da amostra, quanto para aqueles que possuem dentes naturais. É importante observar que dentre as seis atividades que tiveram escores diferentes de zero, apenas sorrir e mostrar os dentes sem constrangimentos e continuar vida normal e fazer suas atividades tiveram impacto menor, entre os que possuem dentes naturais em relação ao todo da população. Nas outras atividades: comer, falar, dormir e não se irritar, o impacto é significativamente maior entre os que possuem dentes naturais, como demonstram os gráficos 17 e 18.

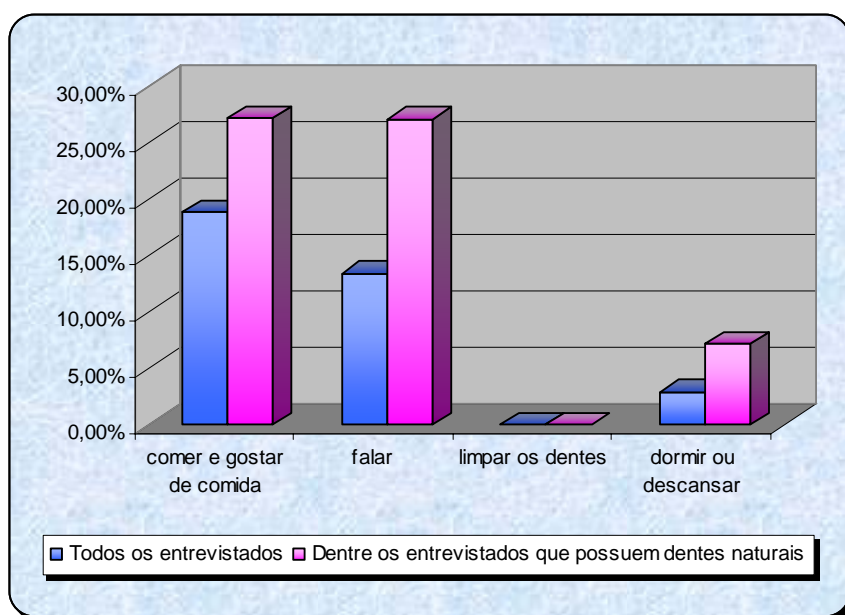


Gráfico 17 - Distribuição do IODD percentual por atividade, média da população (parte 1).

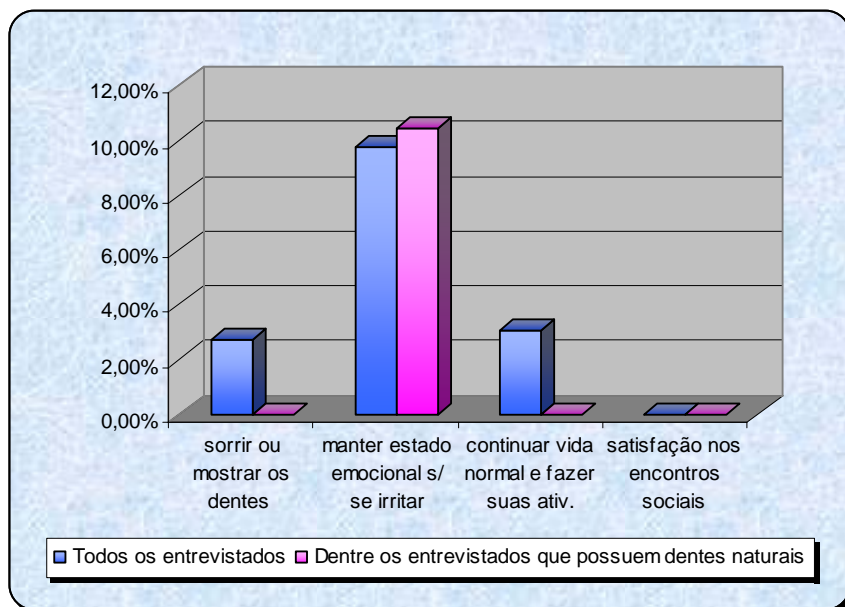


Gráfico 18 - Distribuição do IOOD percentual por atividade, média da população (parte 2).

A seguir são apresentadas as tabelas 8 e 9 onde, respectivamente, a distribuição dos componentes frequência e severidade é apresentada detalhadamente.

Tabela 8 – Distribuição do componente freqüência do IODD, por atividade.

Frequência	0		1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	63	68,48%	8	8,70%	0	0,00%	9	9,78%	2	2,17%	10	10,87%
b)	70	76,09%	0	0,00%	0	0,00%	7	7,61%	6	6,52%	9	9,78%
c)	92	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
d)	85	92,39%	0	0,00%	2	2,17%	5	5,43%	0	0,00%	0	0,00%
e)	83	90,22%	0	0,00%	0	0,00%	8	8,70%	1	1,09%	0	0,00%
f)	66	71,74%	0	0,00%	10	10,87%	16	17,39%	0	0,00%	0	0,00%
g)	86	93,48%	0	0,00%	2	2,17%	4	4,35%	0	0,00%	0	0,00%
h)	92	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

-
- a)** Comer e gostar da comida;
 - b)** Falar e pronunciar as palavras com clareza;
 - c)** Limpar os dentes;
 - d)** Dormir e descansar;
 - e)** Sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem constrangimento;
 - f)** Manter o estado emocional normal sem se irritar;
 - g)** Continuar a levar uma vida normal e a fazer o seu trabalho;
 - h)** Satisfação nos encontros sociais com outras pessoas.

Tabela 9 - Distribuição do componente severidade do IODD, por atividade.

Severidade	0		1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	63	68,48%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,17%	7	7,61%	20	21,74%
b)	70	76,09%	2	2,17%	3	3,26%	7	7,61%	6	6,52%	4	4,35%
c)	92	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
d)	85	92,39%	0	0,00%	1	1,09%	2	2,17%	3	3,26%	1	1,09%
e)	83	90,22%	3	3,26%	2	2,17%	3	3,26%	1	1,09%	0	0,00%
f)	66	71,74%	1	1,09%	5	5,43%	11	11,96%	5	5,43%	4	4,35%
g)	86	93,48%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,17%	0	0,00%	4	4,35%
h)	92	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

a) Comer e gostar da comida;

b) Falar e pronunciar as palavras com clareza;

c) Limpar os dentes;

d) Dormir e descansar;

e) Sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem constrangimento;

f) Manter o estado emocional normal sem se irritar;

g) Continuar a levar uma vida normal e a fazer o seu trabalho;

h) Satisfação nos encontros sociais com outras pessoas.

6.2.3 Descrição de Sintomas e Problemas

Foi solicitado aos idosos a descrição do principal sintoma que os incomodava. O gráfico 19 revela que 36,96% (34) dos entrevistados relataram não ter nenhum sintoma principal. Já, 31,52% (29) declararam que o desconforto é o principal sintoma que os incomoda; seguido pela limitação da função, com 23,91% (22), como, por exemplo, não poder mastigar adequadamente, morder ou abrir a boca; e por último a dor, com 7,61 (7). A insatisfação com a aparência não foi citada por nenhum entrevistado.

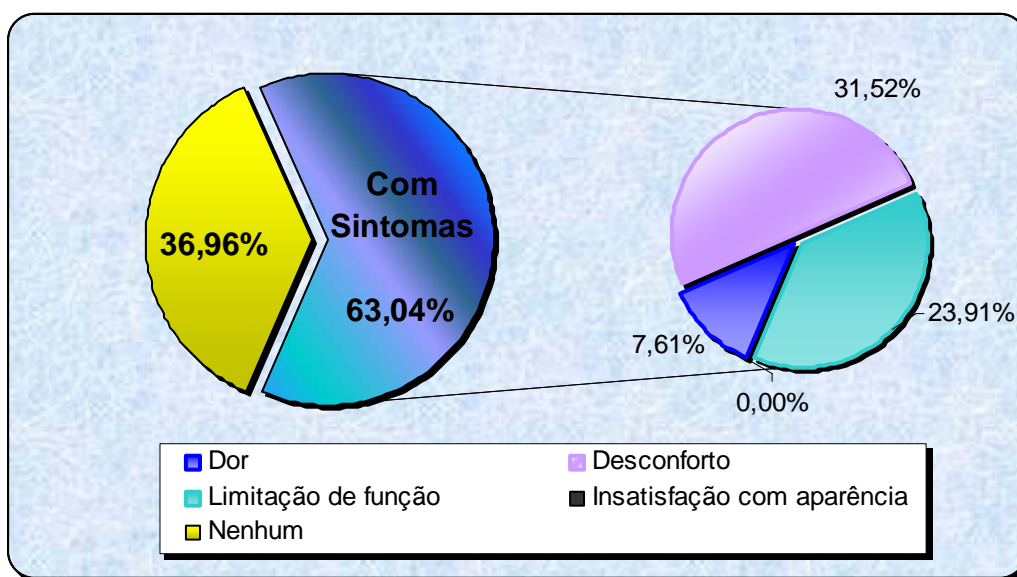


Gráfico 19 - Distribuição segundo o principal sintoma.

Apesar de haver uma parcela significativa de idosos (36,96%) que não relataram nenhum sintoma principal, todos especificam algum problema com a boca, dentes ou próteses.

Os entrevistados especificaram seus problemas bucais, a partir de uma listagem, proposta por Sheiham, 2000 (anexo 2), sendo que o idoso, teve a liberdade de escolher mais de uma opção ou de expor qualquer outra dificuldade não presente na lista.

Os 92 idosos entrevistados relataram um total de 127 problemas, que foram distribuídos em cinco itens: falta de dente (71 relatos), dentadura solta ou mal adaptada (29 relatos), dente mole (14 relatos), dor de dente (8 relatos) e úlcera ou escoriações na boca (5 relatos). O gráfico 20 apresenta a distribuição percentual desses relatos.

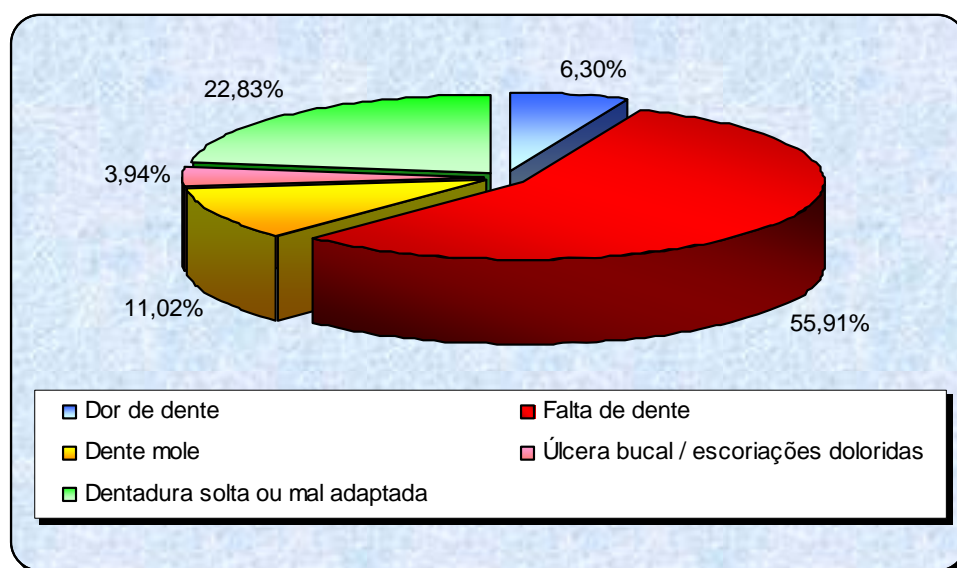


Gráfico 20 – Distribuição dos relatos de problemas especificados com a boca, dentes ou dentadura.

Pode-se observar na tabela 10, que 77,17% dos entrevistados sentem a falta de dentes como um problema, e que 31,52% dos idosos reclama de dentadura solta ou mal adaptada. Os demais itens atingem parcelas menores da população.

É importante ressaltar que os valores percentuais da tabela 10 não totalizam 100%, já que há possibilidade de um mesmo idoso ter relatado mais de um problema.

Tabela 10 – Distribuição dos idosos de acordo com o problema especificado.

Problema Especificado	Número de Idosos	% de Idosos
Dor de dente	8	8,70%
Falta de dente	71	77,17%
Dente mole	14	15,22%
Úlcera bucal / escoriações doloridas	5	5,43%
Dentadura solta ou mal adaptada	29	31,52%

6.2.4 Percepção de Saúde Bucal

A percepção que os idosos do bairro Monte Alegre têm a respeito de sua saúde bucal, está detalhada nos gráficos 21 e 22. Observa-se que 76,09% (70) consideram sua saúde bucal de boa a excelente e, apenas 23,91% (22) a consideram de razoável a ruim. O gráfico 21 apresenta o detalhamento do

percentual de idosos que consideram a sua saúde bucal razoável ou ruim. Já o gráfico 22 mostra a especificação da parcelas que se consideram com saúde bucal boa, muito boa e excelente.

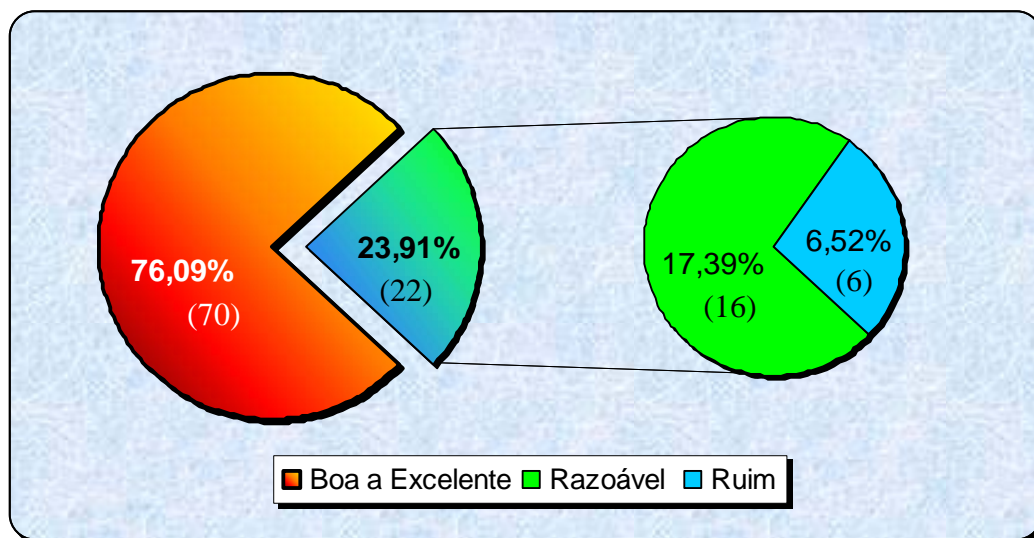


Gráfico 21 - Distribuição segundo a percepção de saúde bucal, detalhando a parcela de razoável a ruim.

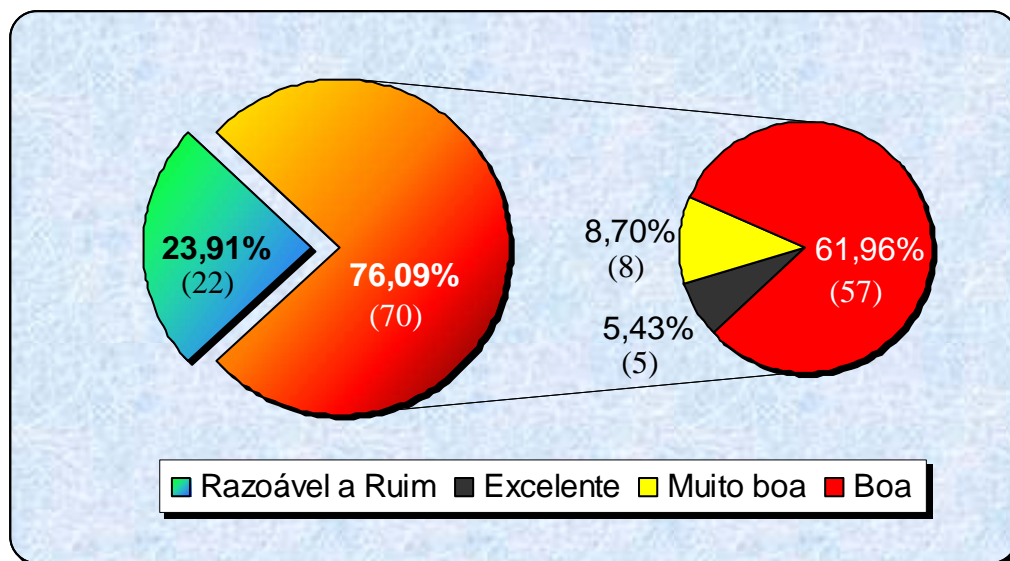


Gráfico 22 - Distribuição segundo percepção de saúde bucal, detalhando a parcela de boa a excelente.

Ao observar o grupo que se considera com uma saúde bucal excelente, muito boa ou boa, 80% (56 idosos), constatou-se que esse percentual se situa entre aqueles que não possuem dentes naturais, o que soa um pouco contraditório, demonstrando a pouca valorização da presença de dentes. Por

outro lado, a totalidade dos participantes que considera a sua saúde bucal de razoável a ruim possui dentes naturais.

Quanto ao considerar possuidor de igual, melhor ou pior saúde bucal do que os outros da mesma idade, 57,61% dos idosos entrevistados a definiram como igual, como está detalhado no gráfico 23.

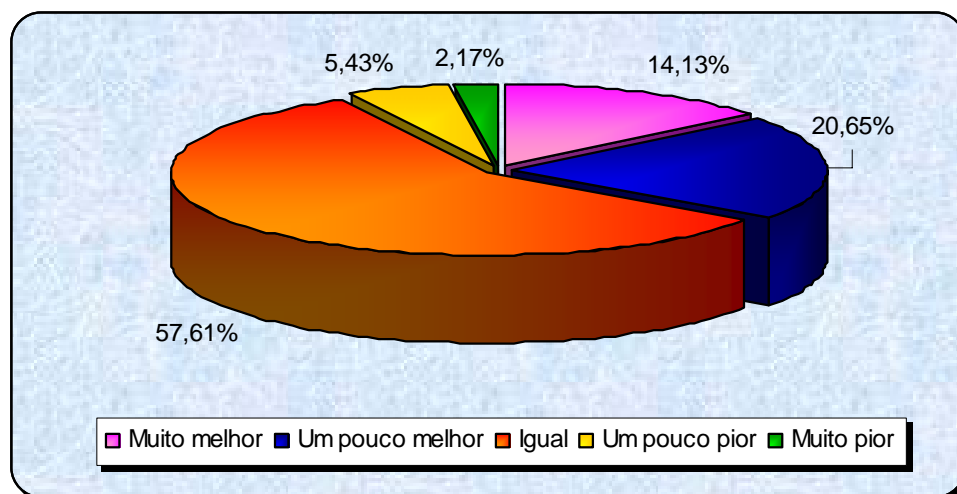


Gráfico 23 - Distribuição segundo a percepção de saúde bucal comparada às outras pessoas da mesma idade.

É relevante destacar ainda, que das 22 pessoas que consideram sua saúde bucal de razoável a ruim, 20 a consideram igual a dos outros da sua idade.

O entrevistado nº 7, edêntulo superior e inferior, considera sua saúde bucal excelente e muito melhor que a das outras pessoas de sua idade e justifica:

“Ah, *ditora*... meu marido tem dente, mas tem sempre que ir no postinho para remendar algum, isso quando não *tá* com dor. Eu não tenho dente mas como de tudo: muita carne, muito feijão, muito arroz, acho que *tô* muito *mió* que ele.”

CAPÍTULO 7

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O número de idosos que participaram deste estudo foi de 93,88%. Os excluídos da pesquisa foram por não se enquadrarem nos requisitos estabelecidos de capacidade funcional e não por não concordarem com os termos do estudo.

O estudo demonstrou que o acesso aos serviços de odontologia em Camboriú apresenta-se melhor do que o observado no país pelo SB Brasil, 2003. Em Camboriú 53,26% dos entrevistados estiveram no serviço odontológico a menos de dois anos e que não foi encontrado nenhum (0%) idoso sem nunca ter estado em um consultório dentário. No SB Brasil, os percentuais para os estiveram no serviço a menos de dois e para os que nunca estiveram no dentista são respectivamente, 28,49% e 5,83%.

Por outro lado, aqueles que utilizaram a assistência odontológica há mais de dez anos, na sua grande maioria não possuem dentes naturais. Desta forma, o longo período sem visitar o cirurgião-dentista passa de causa dos problemas orais para a consequência deles.

Analisando o motivo da última consulta, observou-se que uma parcela considerável dos entrevistados (39,13%) não elegeu nem a opção dor e nem exame de rotina, mas sim a opção aberta onde era especificado o motivo, e todos relataram, que este motivo foi a confecção de prótese total. Somando esta parcela com aqueles que tiveram como motivo a dor totalizou-se 92,39%. Assim demonstra-se, a evidência do acesso a um serviço eminentemente curativo e talvez mutilador, e com poucos programas preventivos com exames periódicos de rotina.

Salienta-se ainda, o baixo percentual (39,13%) de entrevistados que possuem dentes naturais, o que reflete a banalização da perda dentária considerada pela sociedade como algo normal e inevitável no avançar da idade. No entanto, essa prática, é fruto de uma odontologia mutiladora vivida por esta geração, e decorrente da necessidade de tratamentos mais complexos

e dispendiosos, que não são fornecidos pelo sistema público, o que acaba não deixando alternativas de escolha para a população.

De acordo com Colussi (2003) em estudo realizado no município de Biguaçu - SC, há significativa relação entre edentulismo e escolaridade inferior a 5 anos, que é o perfil escolar dos idosos desta pesquisa.

O relato de medo em ir ao dentista esteve presente apenas em 22 entrevistados, dos quais 21 eram portadores de prótese total, em ao menos uma arcada. Essa situação demonstra que essas pessoas passaram por inúmeras exodontias, o que justificaria o medo, uma vez que este é um procedimento bastante traumático, especialmente quando se pensa em um passado próximo, onde os recursos humanos e tecnológicos eram bastante limitados. No entanto, constatou-se que esse receio não tem grande influência na procura do atendimento.

Observou-se, através do IODD, que o impacto causado pelos problemas bucais no dia a dia dos idosos foi baixo (6,33%), e que em 30,43% dos participantes não foi percebido nenhum impacto. Salienta-se que os idosos dentados, obtiveram índice relativamente maior do que o total da população, a qual era composta de 60,87% de edêntulos, induzindo ao raciocínio de que a ausência de dentes traz menos transtornos a essa população do que a presença dos mesmos, provavelmente devido à dor, desconforto, entre outros, que programas preventivo-educativos poderiam prevenir.

Comer e gostar de comida, falar ou pronunciar as palavras com clareza e manter o estado emocional sem se irritar, foram as atividades identificadas como produtoras de maiores impactos. No outro extremo, apresentando IODD igual a zero, estão limpar os dentes e a satisfação nos encontros sociais com outras pessoas.

Quando isolado o componente frequência do IODD, obtém-se um segundo índice, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o qual foi utilizado na pesquisa de Biazevic et al (2004), realizada em idosos do município de Joaçaba, localizado no oeste de Santa Catarina. A comparação com o estudo de Joaçaba, foi utilizada por ser um estudo com a metodologia semelhante a

usada nesta pesquisa, aplicado a idosos funcionalmente independentes, não-institucionalizados, dentados ou não, e realizado no Brasil.

No estudo de Joaçaba, foram analisados 14 itens, dos quais 6 são passíveis de comparação com esta pesquisa. As duas atividades presentes neste estudo e que não puderam ser comparadas foram “limpar os dentes” e “ter satisfação nos encontros sociais com outras pessoas”, e ambas apresentaram com IODD igual a zero, como já comentado no parágrafo anterior.

Para a comparação, foi isolado o componente frequência dos seis itens deste estudo (comer e gostar da comida; falar e pronunciar as palavras com clareza; limpar os dentes; dormir e descansar; sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem constrangimento; ;manter o estado emocional normal sem se irritar; continuar a levar uma vida normal e a fazer o seu trabalho e satisfação nos encontros sociais com outras pessoas), que podiam ser comparados, e calculada a média da população para esses seis itens, transformado o valor em percentual. Da mesma forma, foi calculado o valor do OHIP dessas seis atividades no estudo de Biazevic et al, (2004) e transformado em percentual para a padronização dos dados, uma vez que os dois estudos possuem amplitudes diferentes de escalas.

Observou-se então, que o valor percentual encontrado para o impacto das seis atividades no cotidiano dos idosos, foi de 17,75% no estudo de Joaçaba e de 11,38% nesta pesquisa. Apesar do impacto em Camboriú ser menor do que em Joaçaba, ele apresenta-se baixo nos dois estudos.

No intuito de compreender melhor a situação bucal vivida por aquela população, indagou-se sobre o principal sintoma relacionado com a cavidade oral, o qual poderia ser dor, desconforto, limitação da função, insatisfação com a aparência e outros. Na pergunta seguinte solicitou-se a especificação dos problemas orais dentre uma lista com diversos itens. Observou-se que 36,96% dos entrevistados relataram não apresentarem nenhum sintoma. No entanto todos especificaram algum problema com sua boca, dentes ou dentadura, demonstrando que, de certa forma, houve um sub-entendimento, por parte dos entrevistados, em relação a considerar seus problemas orais como sintomas.

Os problemas bucais citados foram: falta de dente, dentadura solta ou mal adaptada, dente mole, dor de dente e úlceras ou escoriações bucais doloridas.

Observou-se que a falta de dentes fez 55,91% dos relatos de problemas bucais, atingindo 77,17% da população estudada, e fatores ligados à estética como cor, formato e posição dos dentes não foram citados por nenhum entrevistado. Ressalta-se que o quesito sorrir ou mostrar os dentes sem constrangimentos teve o menor índice de impacto (2,72%) dentre as atividades com IODD diferentes de zero, e que comer e gostar de comida (18,88%) teve o maior percentual de IODD. Conclui-se, portanto, que a falta de dentes deve estar relacionada à dificuldade de se alimentar e não à questão estética.

Há itens da lista de problemas bucais que não foram citados, como queimação na boca, distúrbio de paladar e gosto desagradável; muito comuns em pacientes com xerostomia. Lembrando que idosos são altamente predisponentes à xerostomia devido a doenças sistêmicas prevalentes na velhice e ao alto uso de medicamentos.

Hemorragia gengival, afastamento da gengiva e abscesso gengival também não tiveram nenhuma citação e estão relacionadas às doenças periodontais, as quais são muito freqüentes em pacientes idosos que possuem dentes naturais.

Outros itens não citados como barulho na ATM, mandíbula travada, restauração mal feita e deformidade na boca ou rosto, são eventos esporádicos que poderiam ou não estar presentes naquela comunidade.

Dos idosos entrevistados neste estudo, a maioria considera sua saúde bucal de boa a excelente, sendo que 80% destes, não possuem dentes naturais. Cabe ressaltar que todos os edêntulos, portadores ou não de próteses total superior e/ou inferior a consideram desta forma. Por outro lado, todos que consideram sua saúde bucal de razoável a ruim possuem dentes naturais, porém 90,90% destes, a consideram igual a dos outros de sua idade.

Apesar de a grande maioria considerar sua saúde bucal de boa a excelente e não relatar grandes dificuldades e incômodos provocados pelos

seus dentes, boca ou próteses, no seu cotidiano, percebem de forma negativa a ausência dos elementos dentais, como observado na identificação dos problemas bucais.

É necessário considerar o fato de que a presença de dentes pode significar a possibilidade de cárie, de dor, de mobilidade dental, e ainda a necessidade de cuidados com higiene oral, o que pode ser entendido pelo indivíduo como um problema. Ressaltando que os idosos, devido a fatores culturais, têm uma tendência a superestimar a sua saúde bucal e considerar a perda de dentes um processo natural.

CAPÍTULO 8

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o mais adequado seja garantir uma condição de vida digna às pessoas dentro daquilo que elas anseiam, mantendo a sua saúde bucal nas melhores condições possíveis, afinal intervir de forma normativa na saúde e no modo de viver de pessoas que se sentem bem e se consideram saudáveis, pode não ser a melhor solução.

Assim é importante reconhecer que a autopercepção de saúde bucal e a identificação do impacto gerado pela condição bucal no cotidiano das pessoas, possui grande importância no planejamento de estratégias que buscam a melhoria da condição oral da população.

Essas estratégias podem ser viabilizadas através de atividades preventivas e curativas, mas principalmente, através de programas de educação em saúde, que visem estimular o autocuidado e o autodiagnóstico, uma vez que a saúde da coletividade depende substancialmente de mudanças sociais, aliadas à mudanças subjetivas de hábitos e costumes.

Para a obtenção de uma saúde bucal adequada é bastante significativo produzir orientação sobre a necessidade de visitas regulares ao dentista, mesmo para aqueles que não possuem dentes; importância da saúde bucal para a nutrição, para o comportamento psicossocial e para o estado geral de saúde; bem como sobre a manutenção dos dentes naturais e de outras estruturas da cavidade oral. Salienta-se, ainda, que a saúde bucal deve ocupar mais espaço dentro dos serviços de saúde, resgatando sua importância e suas inter-relações com outras áreas da saúde.

No entanto, apesar de ser primordial o acesso à informação de qualidade, é mister que o indivíduo processe essa informação para transformá-la em ação, o que pode gerar conflitos com outras variáveis de mesma relevância, como educação formal e informal, renda, classe social, estilo de vida, ambiente, consciência, necessidade, entre outras. E ainda, nem todas as pessoas absorvem as informações da mesma forma, sendo necessário desenvolver artifícios que facilitem a aquisição da informação, seu

processamento e tradução em práticas. É necessário também estimular uma nova compreensão dos familiares e cuidadores em relação ao envelhecimento e a saúde bucal.

Ressalta-se que a saúde bucal e a saúde geral interagem constantemente. Desta forma uma intervenção em qualquer órgão do organismo humano pode produzir reflexos na cavidade oral. Uma medicação para o tratamento de uma determinada doença pode promover xerostomia, o que deixaria a boca mais susceptível à cárie, por exemplo. Por outro lado, a saúde bucal também pode influenciar na saúde geral, por exemplo, exodontias extensas podem ter influência direta na nutrição da pessoa, que não consegue fazer uma dieta adequada, ou ainda, reabilitações protéticas podem ser um problema para um idoso com comprometimento motor.

Por outro lado, há diversas barreiras que o idoso precisa enfrentar em relação à procura e ao acesso ao serviço, que não dizem respeito somente a este último (geográfico, funcional ou econômico), mas à autopercepção de saúde bucal, à condição geral de saúde, ao *status* funcional, ao medo e às atitudes dos cuidadores e familiares.

É inegável que a população deste estudo possui a percepção, em relação à sua condição oral, consideravelmente distinta daquela idealizada por qualquer profissional da odontologia. Contudo, essa percepção está relacionada a questões culturais que não podem ser desprezadas, já que estas pessoas conviveram a maior parte de suas vidas com a idéia de que a perda dos dentes é natural e que não há como prevenir tal dano. No entanto isto não deve ser visto como um empecilho à possibilidade de transformação.

Sendo assim, foram enumerados os problemas mais relevantes encontrados na comunidade estudada, sendo este o primeiro passo para o planejamento de ações:

- 1) Pouca procura do serviço de odontologia para consultas de rotina;
- 2) Percentual considerável de pessoas que necessitam e não usam prótese total inferior, dificultando a fala e a mastigação adequada dos alimentos;
- 3) Alto percentual de pessoas edêntulas;

- 4) Comer ou gostar da comida, falar ou pronunciar as palavras com clareza e manter o estado emocional sem se irritar, foram as atividades nas quais os idosos relataram ter maiores dificuldades no dia-a-dia. Por outro lado, aqueles que possuem dentes naturais sentem com maior intensidade essas dificuldades, o que provavelmente levou esta parcela dos entrevistados a considerar sua saúde bucal de razoável a ruim;
- 5) A falta de dentes e dentadura solta ou mal adaptada foram os problemas mais citados pelos idosos e;
- 6) A percepção que os idosos deste estudo têm sobre saúde bucal, não está ligada à saúde dos dentes, afinal a grande maioria a considera de boa a excelente, e 80% destes, não possuem dentes naturais. Esse modo de pensar dos idosos induz ao entendimento de que existe entre eles um conformismo em relação à ausência de dentes, considerando o fato como algo natural do processo de envelhecer.

Os grupos que trabalham com apoio e atenção ao idoso devem ter como o seu grande objetivo a luta contra as limitações à vida do idoso produzidas pela forma com que a sociedade e o poder público lidam com o envelhecer. Afinal os limites produzidos pelo avanço da idade não impediriam o idoso de ter uma vida feliz, confortável, autônoma, vivenciando relacionamentos sociais e afetivos, mas as doenças bucais podem produzir limitações que influencie direta ou indiretamente no bem-estar dos idosos.

CAPÍTULO 9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMS, W.B; BEERS, M.H. et al. Comprehensive Geriatric Assesment. *In: ABRAMS, W.B; BEERS, M.H. The Merck Manual of geriatrics*. 2ª ed. New Jersey: Whitehouse Station,1995. Cap. 17 p. 224-231.
2. ABREU FILHO, H; et al. **Estatuto do Idoso: Comentários**. Florianópolis: Editograf, 2004.
3. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).
4. BRASIL. DATASUS. Indicadores Demográficos. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/a12t.htm> > Acesso em 03 de novembro de 2005.
5. BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. BRASIL. **Documento-Base da III Conferencia Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. 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. *In: O SUS e o controle social: guia de referência para conselhos municipais*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
8. BRASIL. **Relatório Final da I Conferencia Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
9. BRASIL. **SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira. 2002-2003. Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. BRASIL, CONASS. **Para Entender o Pacto pela Saúde 2006. Volume I. Portaria GM/MS 399/2006 e Portaria GM/MS 699/2006**. Brasília: Conass, 2006.

11. BRASIL, Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1444.** Brasília: Diário Oficial da União, 28/12/2000.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 267.** Brasília: Diário Oficial da União, 06/03/2001.
14. BEAUCHAMP, T.L. e CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica.** 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
15. BIAZEVIC, M. G. H. et al. **Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil.** Brazilian Oral Research., Mar 2004, vol.18, no.1, p.85-91.
16. BURICHEL, M.L. Saúde da Família um Modelo de Promoção de Saúde para o SUS. *In:* PINHEIRO, J.T. **Ações de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Ampliando a Atenção Básica à Saúde.** Recife: EDUPE, 2001. Cap.1, p.9 -18.
17. CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 1998.
18. CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 4. ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
19. CERVENY, C.M.O. **Família e o ciclo vital: nossa realidade em pesquisa.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
20. CHIZZOTTI, Antonio. **Métodos de Pesquisa.** São Paulo: Cortez, 1998.
21. COLUSSI, C.F. **Condições de Saúde Bucal da População Idosa do Município de Biguaçu, 2002.** Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2003.
22. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003.** Rio de Janeiro: CFO, 2003.

23. CUNHA, J.P.P. e CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. *In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde.* Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.
24. DANTAS, S. Saúde Bucal na Programa de Saúde da Família. *In: PINHEIRO, J.T. Ações de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Ampliando a Atenção Básica à Saúde* Recife: EDUPE, 2001. Cap.2, p.19-24
25. DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. *In: MINAYO et al. Pesquisa Social: teoria método e criatividade.* Petrópolis: Vozes, 2002.
26. DONZELOT, J. **A policia das famílias.** Rio de Janeiro: Graal, 1986.
27. FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. **Global goals for oral health in the year 2000.** International Dental Journal, 1982, v. 32, n. 1, p. 74-77.
28. FERNANDES, R.A.C.; SILVA, S.R.C. **Autopercepção de Saúde Bucal por Idosos.** São Paulo: Rev. Saúde Pública , 2001, vol.35, nº.4.
29. FROMA WALSH, M.S.W. A Família no estágio Tardio da Vida. *In: MCGOLDRICK, M; CARTER, B. As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 14, p. 269-285.
30. FORTES, P.A.C.; MARTINS, C.L. **A Ética , a Humanização e a Saúde da Família.** Brasília: Rev. Bras. Enfermagem, dez. 2000, v.53, nº especial, p. 31-33
31. GOMES, A.C.I. A Inserção da Odontologia no Programa de saúde da Família Atribuições e Responsabilidades do gestor Estadual. *In: PINHEIRO, J.T. Ações de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Ampliando a Atenção Básica à Saúde.* Recife: EDUPE, 2001. Cap.3, p.25-28.
32. HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos.** Rio de janeiro: Campus, 2ª ed., 1997.

33. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 1970**. Rio de Janeiro: IBGE, 1970.
34. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 1980**. Rio de Janeiro: IBGE, 1980.
35. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 1996**. Rio de Janeiro: IBGE, 1996.
36. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. . Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
37. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sínteses de Indicadores Sociais**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> > Acesso em 05 de dezembro de 2005.
38. JITOMIRRSKI, F. Atenção a idosos. *In*. PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva** São Paulo: Santos, 2000, p. 120-127.
39. KALK, W.; BAAT, C.; MEEWISSEN, J. H. **Is there a need for gerodontology?** International Dental Journal, 1992, v. 42, p. 209-216.
40. KIPPER, D.J; CLOTET, J. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. *In*: COSTA, S.I. F; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à Bioética**. Brasília: CFM, 1998. Parte II, p. 37-52.
41. MATUS, C. **Política, Planificação e Governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.
42. MCGOLDRICK, M; CARTER, B. **As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
43. MELLO, A.L.S.F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis: 2005.
44. MINAYO, MCS. **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

45. MINAYO, MCS; COIMBRA JR, CEA. (Orgs). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
46. MOYSÉS, S.J.; SILVEIRA F^o., A. D. Saúde Bucal da Família: Quando o Corpo ganha uma Boca. *In*. SILVEIRA F^o., A. D. et al. **Os Dizeres da Boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. Cap.13, p.133-161.
47. MUÑOZ, D.R.; FORTES, P.A.C. Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido *In*: COSTA, S.I. F; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à Bioética**. Brasília: CFM, 1998. Parte II, p. 53-70.
48. OLIVEIRA, A.G.R.C. et al. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas**. Ação Coletiva II(1): 9-14, 1999.
49. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificación y organización de los servicios geriátricos**. Ginebra: OMS, 1974. (Informes Técnicos, 548)
50. PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.
51. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2004**. Lisboa: Mensagem, 2004.
52. ROSA, A.G.F; CASTELLANOS R.A.;Pinto VG. **Saúde bucal na terceira idade**. Rev. Gaúcha Odontologia, 1993; 41:97-102.
53. ROSSET, S.M. **Pais e Filhos: uma relação delicada**. Curitiba: Sol, 2003
54. SCLIAR,M. O que é Saúde Pública? *In*: **Do Mágico ao Social: a Trajetória da Saúde Pública**. Porto alegre, 1987, p. 32-40.
55. SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. *In*: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000, p. 223-250.
56. SILVEIRA, M.L. **Família: Conceitos Sócios-Antropológicos Básicos**. Texto Mimeografado.
57. SILVEIRA F^o., A. D.: A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. *In*. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 36-43

58. SILVEIRA F^o., A. D.: Organizando a atenção Básica em Saúde Bucal com a Lógica PSF. *In.* SILVEIRA F^o., A. D. et al. **Os Dizeres da Boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis.** Rio de Janeiro: Cebes, 2002. Cap.14, p.163-179.
59. SIMAS, L.J.P: **Glossário Odontológico.** São Paulo: Pancast, 1989.
60. TORRES, S.V.S. **Pacientes Odontogerítricos: um estudo exploratório sobre saúde bucal e qualidade de vida.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: FOP- UNICAMP, 2003.
61. TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.
62. VERAS, R. P.: **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
63. VILAÇA MENDES, E. et al.: **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.

ANEXOS 1

FICHA ÍNDICE DE KATZ PARA IDOSOS

Nome:

Idade:

Sexo:

Data:

ATIVIDADE	SIM	NÃO
Banha-se totalmente sozinho ou recebe ajuda somente em uma parte do corpo.		
Escolhe as roupas e veste-se sem nenhuma assistência, exceto para calçar sapatos.		
Vai ao toalete, usa-o, organiza as roupas, e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio).		
Deita-se ou levanta-se da cama ou senta-se em uma cadeira (pode usar bengala ou andador como apoio).		
Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem acidentes ocasionais).		
Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne e passar manteiga no pão.		

ANEXOS 2

QUESTIONÁRIO COMPLETO DA PESQUISA

Códigos para preenchimento das perguntas 10, 11 e 13, referentes ao Impacto Odontológico nos Desempenhos Diário (IODD).

Pergunta 10: Utilize os códigos abaixo para responder cada item da pergunta.

0. Nunca
1. Menos de 1 vez por mês, ou intervalo de até 5 dias no total.
2. Em torno de 1 vez por semana, ou intervalo de até 15 dias no total.
3. Em torno de 2 vezes por semana, ou intervalo de até 30 dias no total.
4. 3 a 4 vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total.
5. Todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais de 3 meses no total.

Pergunta 11: Utilize os códigos abaixo para responder cada item da pergunta.

0. Nenhuma dificuldade
1. Pouquíssima dificuldade
2. Pouca dificuldade
3. Média dificuldade
4. Grande dificuldade
5. Dificuldade Muito Grave

Pergunta 13: Utilize os códigos abaixo para responder a pergunta.

00) Não consegue identificar

Dentes

- a) dor de dente
- b) falta de dente
- c) dente mole
- d) cor dos dentes
- e) posição dos dentes (por ex., dente torto ou muito para frente)
- f) formato/tamanho dos dentes

Boca

- g) deformidade na boca ou rosto
- h) úlcera bucal ou escoriações doloridas
- i) sensação de queimação na boca
- j) distúrbio no paladar
- k) gosto desagradável

Gengivas

- l) hemorragias gengivais
- m) afastamento da gengiva
- n) abscesso gengival

Mandíbula

- o) barulho desagradável ou estalo na articulação mandibular
- p) mandíbula travada; travamento anterior
- q) obturação mal feita (por ex., quebrada, cor diferente do dente)
- r) dentadura solta ou mal colocada

Outros

- z) especificar

IDENTIFICAÇÃO

Número de Identificação: _____

Data: ____/____/ 2005

INTRODUÇÃO

Por favor, sinta-se à vontade, responda como quiser e pergunte qualquer coisa que não entender. Não há resposta certa ou errada.

DADOS DEMOGRÁFICOS

1) Idade: ____ anos

2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Estado civil:

() Solteiro

() Casado

() Divorciado

() Viúvo

4) Escolaridade:

() Nenhuma

() Até 4ª série

() 5ª a 8ª série

() 2º grau

() Superior

COMPORTEAMENTO

5) Aproximadamente há quanto tempo foi a sua última consulta ao dentista?

() Nunca.

() Menos que 1 ano

() De 1 a 2 anos

() Entre 2 e 5 anos

() Entre 5 e 10 anos

() Mais de 10 anos

6) Qual foi o motivo da sua última consulta ao dentista?

() Exame de rotina ou finalidades profiláticas

() Dor

() Outra razão. Qual? _____

7) Como o senhor se sente quando vai ao dentista?

- Com medo, muito nervoso
- Bastante nervoso
- Um pouco nervoso
- Nem um pouco nervoso

8) Em relação à pergunta anterior, isso influencia na sua procura ao dentista?

- Sim
- Não

9) O senhor possui dentes ou usa dentadura?

SUPERIOR: _____

INFERIOR: _____

IMPACTO ODONTOLÓGICO NOS DESEMPENHOS DIÁRIOS (IODD)

10) Com que frequência problemas com a sua boca, dentes ou próteses têm causado dificuldades em:

- A. comer ou gostar de comida?
- B. falar ou pronunciar as palavras com clareza?
- C. limpar os dentes?
- D. dormir ou descansar?
- E. sorrir ou mostra os dentes sem constrangimentos?
- F. manter o estado emocional sem se irritar?
- G. continuar a vida normal e a fazer a suas atividades?
- H. ter satisfação nos encontros sociais com outras pessoas?

11) Quanto de dificuldade o senhor tem tido em:

- A. comer ou gostar de comida?
- B. falar ou pronunciar as palavras com clareza?
- C. limpar os dentes?
- D. dormir ou descansar?
- E. sorrir ou mostra os dentes sem constrangimentos?
- F. manter o estado emocional sem se irritar?
- G. continuar a vida normal e a fazer a suas atividades?
- H. ter satisfação nos encontros sociais com outras pessoas?

DESCRIÇÃO DE PROBLEMAS E SINTOMAS

12) Qual tem sido o principal sintoma?

- Dor
- Desconforto
- Limitação na função (p.ex. mastigar, morder ou abrir bem a boca)
- Insatisfação com a aparência
- Outros (especificar) _____

13) Você poderia especificar quais os problemas que você tem tido com a sua boca, dentes, ou dentadura? ()

PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL

14) Em geral o senhor acha que sua saúde bucal está:

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Ruim

15) Comparando a sua saúde bucal com outras pessoas da sua idade o senhor acha que ela é;

- Muito melhor
- Um pouco melhor
- Igual
- Um pouco pior
- Muito Pior

FALA DO ENTREVISTADO

ANEXOS 3

TERMOS DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa do curso de mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC – chamada “**A percepção do idoso, residente no município de Camboriú, a respeito de sua saúde bucal**”, no caso do senhor(a) concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento através do telefone ou endereço da pesquisadora principal que consta no final deste termo e informar o número de identificação da entrevista (que consta no rodapé do termo de consentimento de participação da pessoa como sujeito) ou informar o seu nome completo. O(A) senhor(a) terá uma cópia de cada um destes termos e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Se concordar em participar da pesquisa, o(a) senhor (a) terá que responder a uma entrevista com perguntas relacionadas à sua boca e dentes, com o objetivo de definir as dificuldades e necessidades que o idoso de Camboriú tem em relação a sua saúde bucal. Com estes dados no futuro poderá ser criado um programa municipal de saúde bucal para o idoso de acordo com o que a população idosa do município precisa.

O(A) senhor(a) terá suas dúvidas esclarecidas antes e durante a pesquisa e não há nenhum risco, desconforto ou custo que a pesquisa possa trazer ao senhor(a). A sua entrevista será confidencial, portanto sua identidade e respostas permanecerão sob sigilo absoluto.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof. Dr. João Carlos Caetano

PESQUISADORA PRINCIPAL: Luciane Grando Dorneles Ungericht

PROFISSÃO: Cirurgiã Dentista

ENDEREÇO: Rua 1528, nº 125 - Balneário Camboriú - SC - CEP: 88330-000.

TELEFONE: (47) 91021217

Luciane Grando Dorneles Ungericht

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA
PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ ,
RG _____ , declaro que li as informações contidas
nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Luciane
Grando Dorneles Ungericht dos procedimentos que serão utilizados e do sigilo
da pesquisa, concordando em participar do estudo. Foi-me garantido que
posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a
qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de
Consentimento.

Camboriú, _____ de _____ de 2005.

Nome do participante por extenso

Assinatura

Número de Identificação da entrevista