

# Saúde Bucal

## de Idosos Restritos ao Domicílio: Estudo Descritivo de uma Demanda Interdisciplinar

I<sup>1</sup> Arthur Eumann Mesas, <sup>2</sup> Celita Salmaso Trelha, <sup>3</sup> Mauro José de Azevedo I

**Resumo:** No município de Londrina, a proporção de pessoas acima de 60 anos em 2002 era de 9,35%, enquanto que a média nacional, neste mesmo ano, foi de 8,52%. Do total dessa população, estima-se que 15% apresentam problemas de saúde que dificultam seu deslocamento para atendimento médico-odontológico. Somadas a essa dificuldade, a baixa renda familiar para a utilização dos serviços odontológicos privados e a falta de prioridade nos serviços públicos os coloca em uma condição de abandono. Foram selecionados 43 idosos, moradores do Conjunto Habitacional Ruy Viermond Carnascialli, e então submetidos a uma entrevista e exame clínico odontológico em seus domicílios. Foi observado que 79,1% referiram a última visita a um dentista há mais de cinco anos, e apenas 55,8% reconhecem a necessidade de um atendimento odontológico. No exame clínico, observou-se que 79,1% dos idosos já haviam perdido todos os seus dentes no arco superior e 65,1% no arco inferior, necessitando usar próteses. Quanto ao tempo de uso de uma mesma prótese, foi encontrada a média de 15 anos, sendo que ao considerar o estado geral de conservação, 67,8% das próteses superiores e 82,4% das inferiores tiveram indicação de substituição. O índice de dentes cariados, perdidos ou obturados encontrado foi de 29,7, com a média de 2,3 dentes hígidos presentes por idoso. Devido às precárias condições encontradas, serão necessários estudos considerando a restrição ao domicílio e suas implicações, como fatores de risco para a má condição e manutenção da saúde bucal em idosos.

► **Palavras-chave:** levantamentos de saúde bucal; assistência odontológica; idosos; pesquisa interdisciplinar.

<sup>1</sup> Professor assistente no Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina. Endereço eletrônico: aemesas@hotmail.com.

<sup>2</sup> Professora titular no Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina.

<sup>3</sup> Especialista em Saúde Coletiva, Autarquia Municipal de Saúde do Município de Londrina.

Recebido em: 18/02/2007.  
Aprovado em: 31/05/2007.

## Introdução

O aumento da expectativa de vida ocorre em função dos avanços tecnológicos, dos avanços dos estudos no campo da saúde, da melhoria das condições de saneamento básico e do conseqüente decréscimo nas taxas de mortalidade entre adultos e jovens e de natalidade. Esses fatores associados fazem com que o fenômeno do envelhecimento populacional ocorra de maneira intensa, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (BELTRÃO *et al.*, 2004).

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações, como: redução do tecido muscular, aumento da gordura corpórea, diminuição do tecido ósseo, deficiências visuais e auditivas, menor proteção da mucosa gástrica, lentidão no trânsito intestinal, além de outras relacionadas aos sistemas endócrino, neurológico e imunológico (CABRERA, 2004).

As pesquisas epidemiológicas que abordam a saúde oral dos idosos ainda são poucas no Brasil, mas são suficientes para mostrar uma situação preocupante em que esses indivíduos apresentam grande quantidade de problemas bucais, como 65% de desdentados totais (ROSA *et al.*, 1992), 59% apresentam uma ou mais lesões na mucosa oral (COLUSSI; FREITAS, 2002), e 80% têm a necessidade de instalação ou substituição de suas próteses dentárias (SILVA; VALSECKI JR., 2000).

Esse quadro pode ser agravado em decorrência do nível de dependência que o idoso apresenta para a realização das atividades da vida diária (alimentação, higiene, entre outros), para se movimentar (dentro e fora da residência, uso de próteses e órteses) e para se comunicar (visão, audição e fala). Os cuidados com a higiene bucal e a prevenção de maiores complicações com a boca, como a perda de dentes e o câncer bucal, estão relacionadas à coordenação motora para a realização das técnicas corretas de higiene e à capacidade de autopercepção do indivíduo quanto às alterações presentes na cavidade oral (PASSERO; MOREIRA, 2003).

Tais dificuldades, somadas à má situação socioeconômica em que vive a maioria dos idosos, podem resultar em danos importantes à saúde bucal e geral, particularmente em indivíduos que vivem restritos ao domicílio. Essa parcela da população idosa é composta por pessoas dependentes funcionalmente, que apresentam suas capacidades afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que as impedem de manter autonomia; ou parcialmente dependentes, isto é, onde esses problemas afetam o indivíduo de maneira a incapacitá-lo de manter independência total sem uma assistência continuada.

A dificuldade, ou mesmo impossibilidade de deslocamento dos idosos com dependência funcional para atendimento médico, é contornada com a visita domiciliar por parte dos profissionais da medicina, enfermagem e fisioterapia, da rede pública (Programa Saúde da Família) ou privada, de acordo com o acesso a esses serviços de que cada família dispõe. Quanto à saúde bucal, os problemas encontrados muitas vezes requerem a realização de procedimentos de alta complexidade, como confecção ou reembasamento de próteses, tratamentos restauradores ou mesmo exodontias e biópsias, onde o uso de equipamentos é indispensável e pode inviabilizar um tratamento ideal sob os aspectos conservadores e preventivos.

No município de Londrina, a proporção de pessoas acima de 60 anos era de 5,37% em 1980 e passou a 9,35% (43.073 idosos) em 2002 (LONDRINA, 2002), enquanto a média nacional, nesse mesmo ano, foi de apenas 8,52% (BRASIL, 2004c).

Quanto à situação da saúde bucal dos idosos de Londrina, Morita e colaboradores (2001) identificaram um índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) de 28,6, ratificando a situação observada em outras regiões do país. A taxa de edentulismo observada nesse mesmo estudo foi de 23% para o arco superior, e 49,4% para a ausência total de dentes nos dois arcos. Do total de idosos residentes no município, 81% são cadastrados no Programa Saúde da Família, segundo dados da Secretaria de Saúde do Município de Londrina (LONDRINA, 2004).

A ação interdisciplinar é indispensável para a resolução dos problemas de saúde relacionados ao idoso. Nesse sentido, realiza-se no município de Londrina o Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em Nível Primário (PAINP). Trata-se de projeto de extensão universitária da Universidade Estadual de Londrina, no qual um grupo de docentes dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e Serviço Social, além de dois autores deste estudo, desenvolvem dentro da estratégia de pesquisa-ação. São atividades que envolvem a instituição formadora (docentes e alunos), o serviço público de saúde do Conjunto Habitacional Ruy Viermond Carnascialli, representado pela Unidade Básica de Saúde e equipes do PSF do local, e a comunidade-alvo, composta por todos os idosos e cuidadores formais e informais residentes na área de abrangência do estudo.

Considerando uma visão coletiva e uma atuação interdisciplinar, pontos fundamentais para o planejamento de políticas de saúde voltadas ao idoso e, ainda, o distanciamento dos idosos restritos ao domicílio dos estudos envolvendo a saúde bucal, faz-se necessária uma avaliação bucal que levante dados dessa população e possa fundamentar ações interdisciplinares específicas voltadas a ela no âmbito de políticas de saúde pública. Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as condições de saúde bucal de idosos restritos ao domicílio em um bairro da periferia do município de Londrina, no Estado do Paraná.

## Casuística e método

Durante a execução da fase inicial do PAINP, cujo objetivo era traçar um perfil de saúde geral dos 130 idosos restritos ao domicílio da área de abrangência, selecionou-se amostra de 47 indivíduos, com características sociodemográficas representativas desse grupo, adotando-se o critério de conveniência pela proximidade entre os endereços, visando a facilitar a coleta dos dados.

A condição de “restrito ao domicílio” não foi necessariamente relacionada a um alto nível de dependência, mas a uma ou mais incapacidades (físicas ou mentais) que resultavam em limitações de deslocamento independente para fora do domicílio. Essa seleção prévia foi possível devido às informações obtidas a partir dos agentes comunitários de saúde que atendiam à população da área de estudo.

Os critérios de inclusão utilizados foram: idade igual ou superior a 60 anos; ser morador do Conjunto Habitacional Rui Viemond Carnascialli, no município de Londrina (PR); estar incluído no Programa Saúde da Família (PSF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) local e participar das atividades do Projeto de Assistência Interdisciplinar a Idosos em Nível Primário (PAINP).

Do total de idosos avaliados, três foram excluídos por não autorizarem a realização do exame odontológico após o preenchimento das fichas de identificação, e um foi excluído pelo fato de que o cuidador não concordou com a realização do exame e também não apresentou motivos para a recusa, mesmo após todos os esclarecimentos. Desse modo, a população de estudo constituiu-se de 43 indivíduos.

A avaliação odontológica consistiu na realização de entrevista e exame clínico odontológico. Esta foi realizada em visitas domiciliares, mediante agendamento prévio por parte do agente comunitário de saúde (ACS) responsável, após leitura, entendimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

tanto pelo cuidador quanto pelo idoso, sempre que possível. Esse termo foi elaborado pela equipe do PAINP para realização das atividades iniciais do projeto, e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, com parecer favorável.

A entrevista e o exame odontológico foram realizados por seis alunas do quarto ano do Curso de Odontologia da UEL, divididas em três duplas, sendo que, no momento das visitas, as alunas de cada dupla se invertiam na posição de anotador e examinador. Houve treinamento prévio das alunas em duas reuniões, nas quais as orientações foram dadas de maneira a padronizar os critérios de observação nos exames.

A coordenação das visitas, a supervisão dos exames e a reavaliação clínica de 25% dos idosos foram realizadas por um cirurgião-dentista, um dos autores deste estudo, que verificou concordância superior a 95%.

O exame odontológico foi realizado com o indivíduo sentado confortavelmente e próximo a uma fonte de luz natural, com o auxílio de espátulas de madeira e compressas de gaze (para secar os dentes presentes e tracionar a língua), respeitando-se as normas básicas de biossegurança, que envolvem o uso de jaleco, máscaras e luvas descartáveis. Como medida auxiliar ao diagnóstico, foram utilizadas lanternas portáteis. Dentro das limitações de iluminação e posicionamento impostas pelas condições do exame, foram atendidos os critérios de diagnóstico estabelecidos pela OMS (1999) para a verificação do índice CPO-D.

Para a formulação do instrumento de coleta de dados, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo decorrido do último tratamento odontológico, materiais usados para a higiene bucal, autopercepção da saúde bucal, uso e necessidade de prótese removível e condição dos dentes quanto à cárie.

Para a análise descritiva das variáveis, usando-se as estatísticas média, desvio padrão, mediana e a distribuição de frequências, os dados foram processados e tabulados pelo programa EPIINFO 6.04d, proposto por Dean e colaboradores (1996), na versão para DOS.

## Resultados

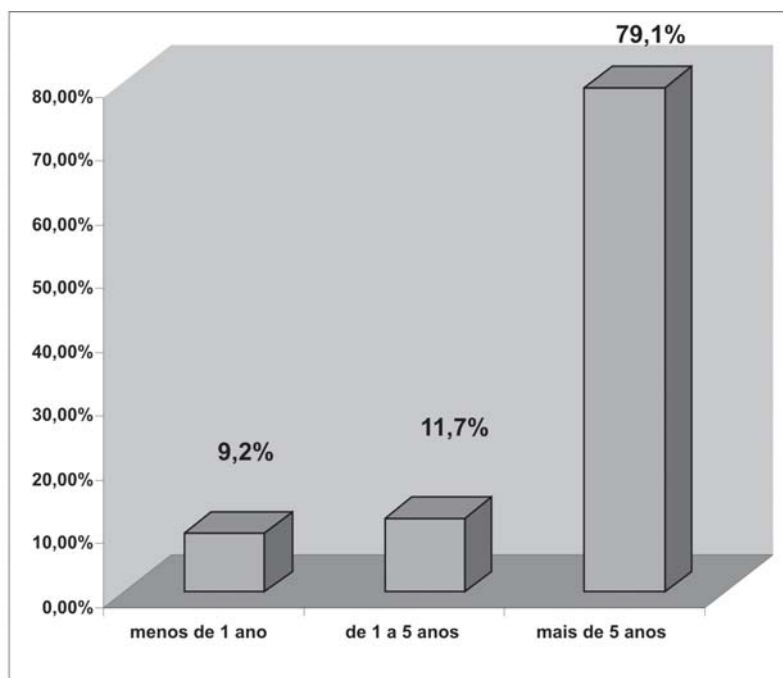
### Caracterização da Amostra

Do total da amostra, 34 (79,1%) dos idosos eram do sexo feminino e nove (20,9%) do sexo masculino, com idade variando de 60 a 86 anos, média de 74,1 anos (desvio padrão de 7,5), como pode ser observado na tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo o sexo e a faixa etária, Londrina, 2007**

FAIXA ETÁRIA	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
60 a 64 anos	2	4,6	2	4,6	4	9,2
65 a 69 anos	2	4,6	9	20,9	11	25,5
70 a 74 anos	1	2,4	6	13,9	7	16,3
75 a 79 anos	3	6,9	5	11,8	8	18,7
80 anos ou +	1	2,4	12	27,9	13	30,3
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>20,9</b>	<b>34</b>	<b>79,1</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

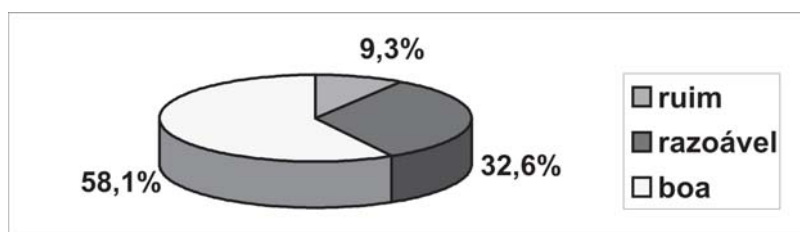
Com relação ao tempo decorrido do último tratamento odontológico, 34 (79,1%) relataram haver mais de cinco anos, e apenas quatro (9,2%) recorreram a serviços odontológicos nos últimos doze meses, como pode ser observado na figura 1.

**Figura 1 - Distribuição dos idosos segundo o tempo em anos da última visita a um dentista, Londrina, 2007.**

Entre os materiais utilizados para a realização da higiene bucal, a escova de dentes e o creme dental foram citados por 35 (81,2%) entrevistados. Foram mencionados apenas sete (16,4%) casos que também referiram utilizar enxaguatórios ou água oxigenada (peróxidos), pano limpo, palito de dentes ou mesmo somente bochechos com água. O uso do fio dental foi citado apenas por um (2,4%) entrevistado, e não houve nenhum relato do uso de raspadores de língua e fita dental.

A auto-avaliação quanto à higiene bucal mostrou que apenas quatro idosos (9,3%) referiram manter uma condição “ruim” de higiene, 14 (32,6%) consideraram “razoável” ou satisfatória e 25 (58,1%) assumiram apresentar uma “boa” higiene bucal, como pode ser observado na figura 2.

**Figura 2** – Distribuição dos idosos quanto à auto-avaliação da higiene bucal, Londrina, 2007



Quanto à necessidade de atendimento odontológico, 19 (44,2%) se manifestaram contra, e referiram não perceber essa necessidade no momento.

Entre as principais queixas relatadas quanto à saúde bucal, a sensação da boca seca, ou xerostomia, foi lembrada como ocorrência sempre presente em dez indivíduos (23,2%) e freqüente em outros 22 (51,2%). Ainda com relação aos aspectos funcionais da saúde bucal, 22 (51,2%) idosos referiram dificuldades na mastigação e deglutição dos alimentos, e 16 (37,2%) sentem dificuldades no paladar. Quanto aos aspectos estéticos, 14 (32,5%) não estão satisfeitos com a aparência de seus dentes.

### Condições clínicas de saúde bucal

O uso de algum tipo de prótese removível foi verificado em 29 (67,4%) dos entrevistados, com idade média da confecção da primeira prótese aos 46 anos (desvio

padrão de 15,9), e média do tempo de uso da prótese atual de 15 anos, em um intervalo de um a 50 anos (mediana igual a 10,0 e desvio padrão de 13,5).

O número de idosos com ausência total dos dentes foi 34 (79,1%) para o arco superior e 28 (65,1%) para o arco inferior. Entre esses indivíduos sem nenhum dente presente no arco superior, a utilização de próteses totais foi verificada em 27 (79,4%) e apenas um (2,3%) indivíduo utiliza prótese parcial removível superior. Quanto ao arco inferior, a utilização de prótese total entre os indivíduos edêntulos foi observada em 17 idosos (60,7%) e 11 (39,3%) não utilizavam nenhum tipo de prótese inferior.

De acordo com os dados, foram identificados seis (13,9%) idosos que não apresentavam nenhum dente e também não utilizavam nenhum tipo de prótese reabilitadora na cavidade bucal. A necessidade de substituição das próteses superiores foi observada em 19 idosos (67,8%) e em 14 (82,4%) entre os usuários de prótese inferiores.

A média de dentes hígidos por indivíduo foi de apenas 2,3 (desvio padrão de 5,2), considerando-se o intervalo de zero a 32 dentes. O índice que mede o número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) encontrado para a população pesquisada foi de 29,7. Desse total, a participação dos dentes perdidos foi predominante, correspondendo a 97,3% dos dentes afetados, seguido pelos dentes cariados (1,7%) e, por último, pelos obturados (0,5%), como mostra a tabela 2.

**Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo a frequência de dentes cariados, perdidos e obturados e o índice CPO-D**

CONDIÇÃO DOS DENTES	TOTAL	
	n	%
Cariados	0,5	1,7
Perdidos	28,9	97,3
Obturados	0,3	1,0
<b>CPO-D</b>	<b>29,7</b>	<b>100,0</b>

\* Foram contados os terceiros molares, assim o intervalo considerado variou de zero a 32 dentes.



## Discussão

Os resultados do presente estudo não podem ser generalizados para toda a população idosa restrita ao domicílio do município, pois o local pesquisado atende basicamente a pessoas com baixa renda ou escolaridade, caracterizando uma amostra homogênea quanto ao aspecto socioeconômico, conforme resultados apresentados pelo PAINP (MESAS *et al.*, 2003).

A precária condição clínica observada para a saúde bucal dos idosos, considerando as variáveis utilizadas, em geral é também encontrada na literatura do Brasil e em outros países (PADILHA; SOUZA, 1997; SILVA *et al.*, 2004).

A revisão de literatura não revelou nenhum estudo que considerasse a saúde bucal de idosos restritos ao domicílio e permitisse algum tipo de comparação com as informações obtidas neste trabalho. Esse fato indica uma necessidade de estudos de maiores proporções envolvendo idosos restritos ao domicílio, com amostras que sejam representativas da população em geral, com o devido controle das variáveis socioeconômicas e outras relacionadas ao nível de dependência, estado mental e comorbidades associadas.

Dessa forma, as considerações foram realizadas com base em estudos epidemiológicos envolvendo idosos institucionalizados, participantes de grupos de convivência, usuários do serviço público de saúde e residentes na comunidade, mas não necessariamente restritos ao domicílio.

A cárie dentária, principal patologia considerada em estudos populacionais em saúde bucal e medida pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados, mostrou uma alta prevalência entre os idosos, com o valor de 2,3 dentes hígidos por idoso e um CPOD de 29,7. Esses valores superam aqueles encontrados por Silva (1999), com um CPOD de 26,6 e a média de dentes presentes de 6,7 em idosos usuários de uma unidade básica de saúde de Araraquara. Porém, ao avaliar idosos institucionalizados, Carneiro (2001) observou um CPOD de 30,51 e a média de 2,5 dentes hígidos, valor próximo ao encontrado neste trabalho. Esses resultados foram confirmados no recente levantamento epidemiológico de abrangência nacional (BRASIL, 2004a), com um CPOD de 27,8 para a faixa etária de 65 a 74 anos. Quanto ao componente mais prevalente do índice CPOD, os dentes perdidos representam a maior participação em outros estudos encontrados (SILVA; VALSECKI JR., 2000; SILVA *et al.*, 2004).

O percentual de idosos sem nenhum dente presente observado por Silva, em 2004, foi de 74,5% para a faixa etária de 65 a 74 anos em idosos de Araraquara, enquanto Silva e colaboradores (2004) encontraram 62,3% em Piracicaba. Os dados encontrados neste estudo para a questão do edentulismo total, ou seja, superior e inferior, correspondem àqueles observados por Morita e colaboradores (2001), indicando que a situação bucal dos idosos restritos ao domicílio representa a realidade do município.

Quanto ao uso de próteses totais, a maior ocorrência no arco superior foi observada por Frare e colaboradores (1997), onde as necessidades estéticas seriam o principal motivo, seguido do desconforto e da maior dificuldade de adaptação oferecidos no arco inferior. No caso deste estudo, a restrição ao domicílio poderia ser um motivo para que o aspecto estético representasse interferência expressiva, pelo evidente isolamento social. No entanto, a maior utilização de próteses totais no arco superior também se confirmou, revelando que mesmo estando afastadas do convívio com outras pessoas, a necessidade da reabilitação não é apenas estética, mas também funcional e com um importante aspecto psicológico relacionado à auto-estima.

As dificuldades apontadas pelos idosos na mastigação e deglutição dos alimentos são freqüentes nessas faixas etárias, pois além dos distúrbios oclusais ocorre também perda da eficiência mastigatória (MOJON *et al.*, 1999). As pessoas que usam dentaduras mastigam de 75 a 85% menos eficientemente que aquelas com dentes naturais, o que leva à diminuição do consumo de carnes, frutas e vegetais frescos, razão pela qual idosos com próteses totais tendem a consumir alimentos macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras, vitaminas e minerais, fato que pode ocasionar consumo inadequado de energia, ferro e vitaminas (CAMPOS *et al.*, 2000). Entre os idosos restritos ao domicílio, o preparo dos alimentos normalmente é uma atribuição do próprio idoso ou de um cuidador informal, e de acordo com a habilidade desse idoso em mastigar e triturar os alimentos a dieta é estabelecida.

A adequada produção de saliva, ou seja, a ausência da xerostomia, promove a correta formação do bolo alimentar, tanto pela trituração quanto pela umidificação dos alimentos, e é uma etapa indispensável no processo digestivo, ainda mais em idosos, onde as carências nutricionais se acentuam. O total de 74,4% dos idosos que referiu boca seca pode apresentar como causa desse sintoma o uso de múltiplos medicamentos para patologias típicas da senilidade, mas o fato é que para a adequação

de dietas específicas, esse sintoma deve ser controlado e tratado. As relações entre a odontologia e a nutrição em idosos têm sido amplamente estudadas (MOJON *et al.*, 1999; MARCENES *et al.*, 2003), e são ainda mais importantes quando se trata de idosos com algum grau de dependência que os restringe ao domicílio.

A autopercepção da saúde bucal por idosos é incompatível com as reais condições clínicas observadas, como observou Silva (1999), informação confirmada neste estudo, no qual apenas 44,2% dos idosos não sentem necessidade de um atendimento odontológico. Aspectos sociais, econômicos e culturais explicam esse fato, uma vez que a dificuldade de acesso, a ausência de uma educação preventiva na terceira idade e os mitos ainda presentes, como “a ausência de dentes é resultante do avançar da idade”, mostram que a relação entre saúde bucal e saúde geral ainda não tem sido tema considerado na formação, planejamento e implantação de políticas de saúde públicas voltadas ao idoso.

O acesso aos serviços odontológicos também se relaciona a fatores culturais, econômicos e políticos, pois 79,1% referiram não receber atendimento odontológico há mais de cinco anos, o que atesta que informações quanto à prevenção de patologias bucais, como cáries, perda dental e câncer bucal não estão atingindo de maneira eficiente essa população.

Diante desse cenário, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família é a primeira ação organizada pelo Governo Federal para o atendimento odontológico a essa população. É um avanço importante, mas com resolutividade e efetividade discutíveis, se forem consideradas as condições de trabalho dos profissionais contratados, onde apenas procedimentos básicos, emergenciais e educativos são realizados. A impossibilidade de poder dar continuidade aos tratamentos por falta de referência nas diversas especialidades em Odontologia, como endodontia, periodontia e prótese, pode resultar em frustração tanto na equipe quanto na comunidade assistida. Sob esse aspecto, vale ressaltar a ampliação do número de Centros de Especialidades Odontológicas, que tende a absorver gradualmente essa demanda, segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

Torna-se prioritário ampliar as ofertas de trabalhos na área da Odontologia, considerando não apenas os cirurgiões-dentistas (CD), mas também os técnicos em higiene dental (THD), técnicos em prótese dental (TPD) e os auxiliares de consultório dentário (ACD), dentro de uma visão resolutiva em que seja

contemplada a referência para especialidades odontológicas, quando necessário, para o atendimento odontológico ao idoso.

## Considerações finais

Os idosos restritos ao domicílio apresentam uma condição de saúde bucal precária e equivalente a de idosos institucionalizados, identificando nesses dois grupos características comuns em relação à história de dificuldades de acesso a tratamentos odontológicos conservadores, e à reduzida assistência odontológica preventiva e curativa às faixas etárias mais avançadas nos dias de hoje.

A autopercepção de saúde bucal desses idosos não representa a realidade observada clinicamente, fato este que deve ser amplamente divulgado em programas de capacitação das equipes de saúde, não apenas de saúde bucal, mas toda a equipe multiprofissional. A iniciativa de sugerir uma observação das condições de saúde bucal dos idosos deve partir de todo profissional de saúde que tenha contato com o idoso, independentemente de sua formação, e as situações que levantem dúvidas devem ser esclarecidas com o cirurgião-dentista responsável pela área de abrangência.

Os idosos restritos ao domicílio têm pouca informação sobre os cuidados com a saúde bucal, e necessitam de programas educativos de saúde bucal específicos e com uma metodologia adaptada à sua condição. Assuntos como a capacitação dos cuidadores informais na atenção ao idoso com dependência funcional, o auto-exame da boca, a importância da manutenção dos dentes para a alimentação e para a saúde geral do idoso, prevenção de cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal, devem ser destacados como tópicos imprescindíveis na formação de profissionais de saúde voltados para a atuação na Estratégia Saúde da Família.

## Referências

- BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. (Texto para discussão n. 1034). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Aplicada, 2004. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td\\_1034.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1034.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília, 2004a.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Projeto Brasil Sorridente: informe da atenção básica*. Brasília, 2004b.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em

Saúde. *Banco de dados dos sistemas de informação sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC) 1996 a 2002*. Brasília, 2004c. 1 CD-ROM.

CABRERA, M. A. S. Aspectos biológicos do envelhecimento: bases biológicas, fisiológicas e imunológicas. In: CAMPOSTRINI, E. *Odontogeriatrics*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 16-20.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev. Nutr*, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-65, 2000.

CARNEIRO, R. M. V. *Saúde bucal em idosos institucionalizados da cidade de São Paulo: estudo epidemiológico e de auto-percepção*. 2001. (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-20, 2002.

DEAN, A.; DEAN, J.; COULOMBIER, D. et al. *Epi Info, Version 6.04a*. A word processing, database, and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1996.

FRARE, S. M.; LIMAS, P. A.; ALBARELLO, F. J.; PEDOT, G.; RÉGIO, R. A. S. Terceira idade: quais os problemas orais existentes? *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, São Paulo, v. 51, p. 573-6, 1997.

LONDRINA. Autarquia Municipal de Saúde. Idosos vivem mais em Londrina. *Boletim Informativo da Saúde*, Londrina, v. 34, p. 4-5, 2002.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informação da Atenção Básica. *Indicadores/dados básicos para avaliação do nível de saúde entre unidades básicas*. Londrina: Região Norte, 2004.

MARCENES, W.; STEELE, J. G.; SHEIHAM, A.; WALLS, A. W. G. The relationship between dental status, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 809-16, 2003.

MESAS, A. E.; DELLAROZA, M. S.; PERDIGÃO, S. D.; CABRERA, M. A. S.; YAMADA, K.; TRELHA, C. S. Auto-percepção da saúde em idosos da comunidade. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2003, Santos. *Anais...* p. 44.

MOJON, P.; BUDTZ-JORGENSEN, E.; RAPIN, C. H. Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Age and Aging*, Londres, v. 28, n. 5, p. 463-8, 1999.

MORITA, C.; GONINI, C. A. J.; SOUZA, R. A. A. R. Perfil da saúde bucal da população idosa de Londrina. In: LONDRINA. Secretaria do Idoso. *A saúde do idoso de Londrina*. Londrina, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Levantamentos básicos em saúde bucal*. São Paulo, 1999.

PADILHA, D. M. P.; SOUZA, M. A. L. Estado dentário e edentulismo observados em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. *Rev Odonto Ciência*, Porto Alegre, v. 24, p. 67-85, 1997.

PASSERO, V.; MOREIRA, E. A. M. Estado nutricional de idosos e sua relação com a qualidade de vida. *Rev Bras Nutr Clin*, Porto Alegre, v.18, n. 1, p. 1-7, 2003.

ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G.; RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 3, p.155-60, 1992.

SILVA, D. D.; SOUZA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro. São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 626-31, 2004.

SILVA, S. R. C. *Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade*. 1999. (Doutorado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SILVA, S. R. C.; VALSECKI JR., A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 8, n. 4, p. 268-71, 2000.

## Abstract

### *Oral health of residence restricted elders: descriptive study of an interdisciplinary demand*

In the city of Londrina, State of Paraná, Brazil, the proportion of people aged over 60 years in 2002 was of 9.35%, whereas the national average in the same year was 8.52%. Fifteen percent have health problems that hinder their search for health medical and dental services. Besides this difficulty, the low family income to afford private dental assistance and the lack of priority in public services place them in a condition of abandonment. Forty-three elders, selected in a convenience sample, were interviewed and underwent clinical dental exams in their homes. It was observed that 79.1% reported their last visit to a dentist more than 5 years ago, and barely 55.8% recognized the need for dental treatment. In the clinical exam, 79.1% of the elders had already lost all teeth in the upper arch and 65.1% in the lower arch, and needed to use prosthesis. Concerning time of use of the same prosthesis, it was found an average of 15 years, and considering the general state of conservation, 67.8% of the upper prosthesis and 82.4% of the lower ones should be replaced. The index of decayed, lost or filled teeth was of 29.7, with an average of 2.3 teeth with no treatments or problems. Due to the precarious conditions found, more studies on the restraint to residence and its implications are needed, as risk factors for bad condition and maintenance of mouth health among elders.

► **Key words:** dental health surveys; dental care; aged; interdisciplinary research.