

Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil)

Oral health condition of people of 60 years of age or above in S. Paulo city, Brazil

Antonio Galvão Fortuna Rosa*, Roberto Augusto Castellanos Fernandez*, Vitor Gomes Pinto**, Luiz Roberto Ramos***

ROSA, A.G.F. et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 26: 155-60, 1992. As condições de saúde bucal no grupo populacional com 60 anos ou mais é estudada, na cidade de São Paulo em 1989. Com base em dados referentes à cárie dental, doenças periodontais, necessidade e uso de prótese e prevalência de alterações em tecidos duros e moles, conclui-se que este grupo apresenta um nível muito precário de saúde bucal. Recomenda-se a definição de política e de programas odontológicos específicos para a terceira idade.

Descritores: Saúde bucal. Levantamentos de saúde bucal.

Introdução

A saúde bucal, componente essencial para a higidez do indivíduo, tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa (terceira idade). A perda total de dentes (edentulismo) é aceita pela sociedade, pelos odontólogos e pelas pessoas adultas especificamente, como algo normal e natural com o avanço da idade, o que é falso. Os serviços públicos possuem limitada capacidade de atendimento para crianças e adolescentes e no que se refere a adultos limitam-se a fazer exodontias.

Com o declínio acentuado das taxas de mortalidade, o grupo da terceira idade - constituído por pessoas de 60 anos e mais - passou a representar uma parcela cada vez mais significativa da população, trazendo para países em desenvolvimento, como o Brasil, uma realidade até há pouco tempo só reconhecida no mundo industrializado^{9,11,15}. Estima-se que em 1990, 7% da população brasileira possuía 60 anos ou mais, devendo esse grupo representar 8% da população no ano 2000⁶.

Pesquisas epidemiológicas realizadas em

outros países revelaram níveis precários de saúde bucal nesse grupo etário, mesmo em áreas industrializadas como na Inglaterra, Nova Zelândia, Dinamarca, Israel e Estados Unidos^{2,3,5,7,12}.

Os resultados do "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal", realizado em 1986 no Brasil (zona urbana)¹³ mostraram condições bastante críticas no grupo etário de 50 a 59 anos de idade: 27 dentes atacados pela cárie por pessoa, com 86% dos dentes já extraídos e 3% com extração indicada. Do ponto de vista periodontal, pouco mais de 1% foi considerado sadio, ao passo que 50% eram edêntulos.

Considerando que nas últimas décadas a saúde bucal não tem sido valorizada pelas pessoas em geral e que a prevenção em odontologia no Brasil só passou a despertar interesse a partir do final da década de 70, supõe-se que o grupo populacional de terceira idade deve apresentar baixos níveis de saúde bucal.

O presente estudo foi realizado em uma amostra geriátrica na cidade de São Paulo e integrado a uma pesquisa internacional promovida pela Federação Dentária Internacional (FDI)⁴. Trata-se de um estudo descritivo, cujo objetivo principal é fornecer um padrão referencial do estado de saúde bucal da população de 60 anos ou mais, porque não existem no Brasil dados de prevalência dos principais problemas de odontologia nesse grupo.

* Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - São Paulo, Brasil

** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)- Brasília, DF - Brasil

*** Setor de Geriatria e Gerontologia da Escola Paulista de Medicina - São Paulo, SP - Brasil

Separatas/Reprints: A.G.F. Rosa - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

Publicação financiada pela FAPESP. Processo Saúde Coletiva 91/4994-0

* A FDI, atuou no Congresso Odontológico Mundial de Buenos Aires, estruturou o Grupo de Trabalho 5 para estudar as "necessidades de saúde bucal dos idosos". O Grupo, composto por membros de diversos países entre os quais um brasileiro (Dr. Vitor G. Pinto), encerrou seus trabalhos em 1990 na reunião de Cingapura, devendo ter apresentado seu informe final em Milão, outubro/91.

Material e Método

Amostra

O estudo foi realizado em dois grupos, ambos com idosos de 60 anos ou mais. O primeiro, utilizando uma subamostra de um estudo de Ramos¹⁵

A amostra foi obtida com base em três grupos funcionais estratificados por nível de renda, no que diz respeito aos indivíduos residentes no seu domicílio, utilizando os seguintes critérios: localização geográfica, rede de esgotos instaladas e presença na área de pessoas com mais de 60 anos.

Foram selecionadas três regiões com as seguintes características:

a) uma região central - bairro Aclimação, com alta renda per capita (US\$ 1,409 a 526), com boa disponibilidade de esgotos (97,2% a 87,8%) e alta proporção de pessoas com 60 anos ou mais (8,91% a 6,62%);

b) Uma área intermediária - Vila Guilherme, com renda média de (US\$ 1,063 a 410), regular disponibilidade de rede de esgotos (92,1% a 62,3%) e proporção mediana de pessoas com 60 anos e mais (8,06% a 4,54%);

c) Uma área periférica - Vila Brasilândia, com baixa renda (US\$ 457 - 296), limitada disponibilidade de rede de esgotos (78,0% a 19,7%) e baixa proporção de pessoas com 60 anos e mais.

Para obtenção dessa amostra foi utilizado um tipo de metodologia que tornou-se conhecida como Plano Antártica (1966) e que foi adotado pelo Brasil para a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (1981) e que consiste em subdividir a área de estudo em pequenos agrupamentos com um tamanho padrão. Cada domicílio no agrupamento selecionado foi pesquisado para obter informação sobre moradia de pessoas com 60 anos e mais e o sexo a que pertenciam. Depois uma amostra randômica foi obtida usando uma proporção fixa de 30%.

O segundo grupo foi constituído por pessoas idosas internadas em duas instituições: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Departamento de Geriatria "Dom Pedro II" (Unidade de Prestação de Serviços) e Lar dos Velhinhos "Ondina Lobo", que apresentavam problemas físicos debilitantes, crônicos, médicos e ou emocionais, fazendo com que fossem incapazes de manter independência funcional sem uma assistência continuada. As duas instituições acima foram as únicas no Município de São Paulo que permitiram que os internados

fossem examinados, tratando-se, portanto, da população disponível para o estudo.

Na Tabela 1, podemos observar o número de idosos examinados segundo o local do exame.

Tabela 1 - Número de idosos examinados e média de idade, segundo o local do exame e sexo. São Paulo, 1989.

Local de Exame	Sexo		Total	Média de Idade
	Masculino	Feminino		
Domicílio	32	52	84	70
Instituição	77	75	152	77
Total	109	127	236	73,5

Índices Epidemiológicos

Para medir a ocorrência da cárie dental foi empregado o índice CPO-D, descrito pela primeira vez por Klein e Palmer (1937)¹⁰, que nos dá o número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos) e obturados em um indivíduo. Os critérios de diagnósticos foram os utilizados pela Faculdade de Saúde Pública, Disciplina de Odontologia Sanitária¹⁶.

O índice utilizado para avaliar as necessidades de tratamento periodontal - CPITN¹ - fornece não só o número de pessoas a tratar, como também o tipo de tratamento necessário. Este índice considera o arco dental dividido em seis partes, cada uma dela constituindo um sextante a saber:

- 1) dentes posteriores superiores lado direito
- 2) dentes anteriores superiores
- 3) dentes posteriores superiores lado esquerdo
- 4) dentes posteriores inferiores lado esquerdo
- 5) dentes anteriores inferiores
- 6) dentes posteriores inferiores lado direito

Em relação às necessidades de prótese total, o exame concentrou-se na constatação da presença ou ausência de dentaduras, nos arcos superior, inferior ou em ambas as arcadas.

Os indivíduos que apresentaram falhas dentais foram registrados como necessitando prótese parcial, desde que os dentes suporte estivessem em condições para apoio da prótese.

A avaliação das condições periodontais para determinar a profundidade da bolsa, a detecção do cálculo e a resposta ao sangramento, foi feita com a sonda periodontal da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹.

Fichas de levantamento

Foram utilizadas as fichas de levantamento (Anexo 1) preconizadas pela OMS¹⁴ com ficha

complementar referente a dados sobre prótese e estruturas da boca.

O cabeçalho é autocompreensível, contendo dados do indivíduo, local e data do exame.

Embora na ficha padronizada pela OMS, para pesquisas epidemiológicas sobre saúde bucal, constem campos para avaliação da má oclusão e fluorose, estes não foram utilizados no presente estudo porque não são pertinentes à população examinada. O estado periodontal foi registrado no campo CPITN e o ataque de cárie nos campos: estado dos dentes e sumário do CPO.

O complemento da ficha contém espaços para registros referentes à avaliação clínica dos tecidos moles, lesões relativas ao uso de prótese, necessidades e uso de próteses, total ou parcial.

Exame clínico

Os idosos foram examinados em cadeiras comuns, cadeira de rodas, camas (sentados ou deitados) dependendo do local de exame e do estado físico do indivíduo, sob luz artificial, com Burton's Lamp, utilizando sondas exploradoras nº 5; espelhos bucais com aumento; sondas periodontais da OMS; pinças nº 17.

O instrumental foi esterilizado em autoclave e transportado em cubetas.

Para os exames domiciliares foram encaminhadas anteriormente cartas explicando o motivo do estudo e solicitando colaboração para a realização dos exames.

Nas instituições foram examinadas todos os internados presentes nos dias dos exames e colocados pelos responsáveis à disposição dos examinadores.

Análise dos Resultados

Na Tabela 2 podemos observar a prevalência da cárie dental nos dois grupos.

Comprovou-se com nitidez, os altos índices de cáries na terceira idade, o que já era esperado tendo em vista que desde a idade escolar os índices da cárie do Brasil estão entre os maiores do mundo. Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal do Brasil¹³, no grupo etário 50-

59 anos, o CPO encontrado foi 27,2 com 86% de participação dos dentes extraídos. No presente estudo o CPO foi 29,03 para os examinados no domicílio com participação de 93,5% dos dentes extraídos e CPO 30,97 para os examinados nas instituições com participação de 96,1% dos dentes extraídos, mostrando que o problema continua aumentando à medida que a idade avança.

As necessidades de tratamento para os dois grupos (C+EI) são desprezíveis não chegando a 2 dentes em média.

Levantamentos similares realizados na mesma época na Nova Zelândia indicaram um CPO de 28,9 com participação de 87% dos dentes extraídos, enquanto no Reino Unido o CPO encontrado foi 26,4 com participação dos dentes extraídos na proporção de 96%⁵. Por outro lado, países que enfatizam ações de saúde bucal, orientadas para a prevenção em adultos, mostram um quadro odontológico um pouco melhor na terceira idade. Os Estados Unidos, por exemplo, apresentam um CPO-D de 18,37 com participação de 59% dos dentes extraídos, no mesmo grupo populacional⁸.

Na Tabela 3 podemos observar os dados relativos ao uso e necessidades de prótese total.

Tabela 3 - Percentagem de edêntulos segundo o local de exames e situação. São Paulo, 1989.

Situação	Domicílio (N = 55)	Instituição (N = 127)
Usando apenas prótese total superior	13%	15%
Usando prótese total superior + inferior	76%	30%
Necessitando prótese total superior + inferior	11%	55%
Total	100%	100%

Dos indivíduos examinados no domicílio, 65% eram edêntulos e destes 76% usavam prótese total superior e inferior, estando portanto com a mastigação reabilitada. O restante usava apenas prótese superior (13%) ou necessitava

Tabela 2 - Número médio e percentual de dentes cariados, obturados, extraídos e com extração indicada na Grupo etário 60 anos ou mais, segundo o local de exame, 1989.

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

prótese total superior + inferior (11%). Em relação aos examinados nas instituições, somente 30% usava prótese total superior e inferior e o restante apresentava o processo mastigatório deficiente. É provável que a diferença de pessoas desdentadas usando prótese total entre os dois grupos, deve-se ao fato das pessoas institucionalizadas serem de baixa renda.

Em relação a outras necessidades protéticas, entre os examinados no domicílio 18% necessitavam de próteses parciais superiores ou inferiores, enquanto nas instituições somente 7% apresentavam esse tipo de necessidade.

A comparação dos resultados obtidos no presente estudo com os obtidos na Finlândia e Reino Unido (população de 60 anos ou mais) cujas necessidades de prótese total foram de 20% e 44% respectivamente⁵, incluindo as próteses que necessitavam substituição, indicam, como no Brasil¹³, o contínuo crescimento do CPO. A participação cada vez maior dos dentes extraídos, aliados à falta de assistência odontológica por carência de recursos próprios ou falhas no atendimento social, leva aos péssimos níveis de saúde bucal observados na terceira idade.

Em relação às necessidades de tratamento periodontal, os resultados podem ser vistos na Tabela 4.

Tabela 4 - Percentagem de sextantes segundo necessidade de tratamento periodontal e local de exame. São Paulo, 1989.

Necessidades de Tratamento	Número de Sextantes	
	Domicílio (N = 92)	Instituição (N = 88)
Nenhum Tratamento (0)	1%	9%
Higiene Oral (I)	4%	1%
Higiene + Profilaxia (II)	45%	23%
Higiene Oral + Profilaxia + Raspagem radicular (III)	27%	33%
Higiene Oral + Profilaxia + Raspagem radicular + Cirurgia (IV)	23%	34%
Total	100%	100%

As condições periodontais encontradas em ambos os grupos são severas. Nos domicílios 50% dos sextantes examinados necessitavam de tratamento complexo (tipos III e IV).

Já nas pessoas examinadas nas instituições,

considerando as mesmas condições, este percentual eleva-se a 67%. As más condições periodontais encontradas irão inevitavelmente determinar agravos na saúde bucal, incrementando o edentulismo. Se essas pessoas não tiveram recursos ou a assistência odontológica social não for capaz de limitar os danos quanto à cárie, pela lógica também não haverá o controle da doença periodontal, caminhando inexoravelmente para a perda total dos dentes. Nos Estados Unidos 22% dos idosos necessitavam tratamento mais complexo e na Nova Zelândia 41%⁵.

A Tabela 5 apresenta as lesões provocadas pelo uso de prótese total.

Tabela 5 - Percentagem de pessoas usando prótese total superior ou superior + inferior segundo a ocorrência de lesões provocadas pelo uso da prótese e local de exame. São Paulo, 1989.

Ocorrência de Lesões	Domicílio (N = 50)	Instituição ((N = 57)
Estomatite protética	22%	30%
Hiperplasia ou épulis	8%	16%
Outras lesões	8%	7%
Sem lesões	62%	47%
Total	100%	100%

Foram examinados todos os indivíduos que portavam prótese total: no arco superior ou inferior e em ambos os arcos. Na Tabela 5 podemos observar que a qualidade das próteses deixa muito a desejar, pois, nos exames domiciliares 38% dos portadores de prótese total apresentavam lesões relativas à prótese, enquanto nos internados em instituições essa proporção atingia a 53%. A lesão mais prevalente nos dois grupos foi a estomatite protética, com as hiperplasias ou épulis ocupando o segundo plano.

Tais fatos fazem supor inexistência de acompanhamento profissional após a colocação de prótese total.

Não foram observadas lesões com ulceração em nenhum portador de prótese total. As lesões observadas nos tecidos moles foram em pequeno número sendo as mais comuns: hemangioma e língua varicosa. Não foi observada clinicamente nenhuma lesão que indicasse a necessidade de raspagem esfoliativa.

Comentários Finais

O estudo efetuado na cidade de São Paulo, onde o acesso aos serviços sociais figura, teoricamente, entre os mais favoráveis de todo o

país, mostra que a população de terceira idade apresenta condições muito precárias de saúde bucal.

Aos 60 anos ou mais, a cárie dental atacou aproximadamente 30 dentes em ambos grupos (CPO = 29,03 e CPO = 30,97). Dito de outra forma, em média cada pessoa possui apenas dois dentes sadios.

A participação dos dentes extraídos varia de 27 a 29 dentes evidenciando que o tratamento odontológico conservador falhou ou não existiu.

O percentual de edêntulos, 65% no domicílio e 84% nas instituições, indica que mais da metade e cerca de 3/4 dos indivíduos, respectivamente, perderam todos os dentes, e apenas 76% no domicílio e 30% nas instituições usavam prótese total superior e inferior.

O elevado percentual de lesões ligadas ao uso de próteses totais deixa clara a falta de assistência odontológica posterior à sua colocação.

Não é melhor a situação no que se refere às doenças periodontais: as bolsas periodontais predominaram em relação aos demais danos, exigindo tratamento mais complexo e portanto mais dispendioso, para metade dos examinados no domicílio e dois terços dos examinados nas instituições. Convém salientar que esse tipo de tratamento usualmente só é disponível em clínicas particulares e conseqüentemente não está ao alcance da maioria das pessoas. De uma maneira geral, os maiores problemas estão presentes nas pessoas economicamente menos favorecidas (internados nas instituições beneficentes).

Na prática, os problemas de saúde bucal na terceira idade são relegados ao descaso no Brasil, transformando-se em fator de aceleração dos problemas naturais da velhice, tornando-a mais incômoda do que deveria ser.

Más condições de mastigação, lesões ligadas à prótese e ou doenças periodontais constituem agravos severos que precisam ser enfrentados, em primeiro lugar através de políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde com ênfase na *prevenção*, reduzindo os níveis de doença para que as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento.

Levando em conta o ativo processo de descentralização que hoje caracteriza o Sistema de Saúde do país, sugere-se que ações específicas de saúde bucal para a terceira idade devem ser inseridas o quanto antes nos programas de saúde municipalizados.

Os resultados aqui obtidos indicam a necessidade de novos e detalhados estudos em todo o país, incluindo a população de 60 anos e mais como um componente habitual dos levantamen-

tos epidemiológicos que ora em diante vierem a realizar-se.

Uma maior e melhor consciência profissional acerca dos problemas típicos da terceira idade precisa, com urgência, ser desenvolvida entre os cirurgiões dentistas brasileiros. O combate à síndrome das extrações em massa e o estímulo à manutenção de condições odontológicas funcionais na velhice devem constituir-se em pontos essenciais de cada programa de saúde bucal para que possamos superar, pouco a pouco, o crítico momento atual.

Agradecimentos

- À *Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e ao Lar dos Velhinhos "Ondina Lobo"*, por terem permitido a realização dos exames em seus internados.

- Ao *Prof. Doutor Pedro Manuel Leal Germano*, Professor Associado do HSP da FSP/USP, pela elaboração do programa de gerenciamento de dados.

- À *Profa. Dra. Sabina Léa D. Gotlieb*, Professora Associada do HEP da FSP/USP, pela revisão das tabelas.

ROSA, A.G.F et al. [Oral health conditions of people of 60 years of age or above in S. Paulo city, Brazil]. *Rev. Saúde públ.*, 26:155-60, 1992. The oral health status of people aged 60 years or over in S. Paulo in 1989 is discussed. According to data relating to dental caries, periodontal diseases, need and use of prothesis and prevalence of hard and soft oral tissue pathologies, this study concludes that elder people present a very bad oral health status. The definition of a policy and dental care programs addressed to the aged are recommended.

Keywords: Oral health. Dental health surveys.

Referências Bibliográficas

1. AINAMO, J. et al. Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPIITN). *Int. dent. J.*, 32: 281-91, 1982.
2. BULMAN, J.S. et al. A survey of the dental health and attitudes towards dentistry two communities. *Brit. dent. J.*, 124: 549-54, 1968.
3. BURGESS, W.C. & BECK, D.J. Survey of denture wearers in New Zealand, 1968. *N.Z. dent. J.*, 65: 223-32, 1968.
4. FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). Working Group 5. Oral Needs of the Elderly. Commission on Oral Health, Research and Epidemiology. Amsterdam, 1987. [Mimeografado].

5. FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). Working Group 5. Oral Needs of the Elderly. Commission on Oral Health, Research and Epidemiology. Relatório preliminar. Cingapura, 1990. [Mimeografado].
6. FUNDAÇÃO IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil: 1987*. Rio de Janeiro, 1988.
7. GRABOWSKY, M. & BERTRAN, V. Oral health status and need of dental treatment in the elderly Danish population. *Community dent. Oral Epidem.*, 3: 108-14, 1975.
8. JOHNSON, E.S. et al. Selected dental finding in adults by age, race and sex. United States, 1960-62. *Vital Hlth Statist. Ser. 11, (7)*, 1965.
9. KALACHE, K. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21: 200-10, 1987.
10. KLEIN, H. & PALMER, C.E. Dental caries in American indian children. *Publ. Hlth Bull.*, (239): 1-53, 1937.
11. LEAKE, J.L. et al. Results of the socio-dental survey of people aged 50 and older living in East York, Ontario. *Canad. J. publ. Hlth*, 81: 120-4, 1990.
12. MANN, J. et al. Dental status and dental needs of an elderly population in Israel. *Community dent. Oral Epidem.*, 13: 156-8, 1985.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal, zona urbana 1986*. Brasília, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1988.
14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal*. 3^a ed. São Paulo, Ed. Santos, 1991.
15. RAMOS L.R. et al. Avaliação das condições de vida e saúde de idosos residentes em zona urbana São Paulo, Brasil. [Projeto multicêntrico da Organização Panamericana da Saúde, com colaboração do Ministério da Saúde do Brasil - Mimeografado].
16. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Disciplina de Odontologia Sanitária. Critérios para exames e regras para o registro dos índices CPO e CPOS. São Paulo, 1967. [Mimeografado].

Recebido para publicação em 11.11.1991
Reapresentado em 26.2.1992
Aprovado para publicação em 25.5.1992