

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecer é descrito como um processo biológico complexo que ocorre durante toda vida, do qual existem inúmeros conceitos que variam de acordo com o contexto socioeconômico e com a autonomia do idoso (MINAS GERAIS, 2007).

Essa definição é motivo de questionamentos e imprecisões, já que estudos sobre o envelhecer são poucos e limitados, estes em sua maioria acompanham dados demográficos, sendo este fenômeno tão novo que as demandas de uma sociedade envelhecida só recentemente têm sido conhecidas. (CHAIMOWICZ, *et al.* 2009).

Segundo Chaimowicz, *et al.* (2009) essa tendência deve-se a transição demográfica, caracterizada por uma sequência de eventos que resultam em baixas taxas de mortalidade, redução do tamanho da população e aumento da proporção de idosos.

As projeções demográficas apontam que em 2025 o Brasil terá cerca de 32 milhões de idosos, o que poderá ser considerado uma conquista única para humanidade, porém um desafio, para toda sociedade (BRASIL, 2009; MINAS GERAIS, 2007).

De acordo com Colussi, Freitas, Calvo, (2004) essa conquista pode ser entendida como um problema já que as condições de autonomia e saúde são limitadas, o que acarretará uma sobrecarga do serviço público de saúde, que se encontra despreparado para acolher essa demanda senil.

Constituem também uma problemática para o serviço de saúde, as questões de saúde bucal do idoso, já que as políticas existentes pouco contemplam a saúde bucal das pessoas idosas e estas foram pouco beneficiadas pela evolução da área de saúde e da odontologia, já que conviveram com a quase inexistência do serviço de saúde bucal preventivo, em que a prática prevalente era a extração dentária (VARGAS, VASCONCELOS, RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2006).

O município cenário da pesquisa não é diferente, a população envelhece e as políticas de saúde bucal ainda se encontram na adolescência, sendo que há pouco tempo se restringia basicamente a exodontia e aos atendimentos de urgência, geralmente mutiladores.

Com a implantação da equipe de saúde bucal modalidade dois no município, houve um maior acesso da população ao serviço de saúde, mas a política local de saúde bucal ainda não conseguiu sensibilizar os usuários da melhor idade.

Diante dessa realidade surgiu o impulso para realização desta pesquisa, cujo objetivo é descrever o conhecimento sobre a saúde bucal dos idosos frequentes em grupo de convivência de um município pertencente à macrorregião de Divinópolis - Minas Gerais, caracterizar o perfil socioeconômico, identificar a data da última visita ao dentista, bem como conhecer os fatores associados à procura por assistência e a adesão ao serviço público odontológico.

A pretensão desta pesquisa é desenvolver raciocínio crítico em relação ao modelo de saúde bucal do idoso vigente, contribuir para elaboração e implementação de políticas inclusivas de saúde bucal.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Delineamentos da pesquisa**

Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa (triangulação sequencial) e o método transversal.

De acordo Minayo (1994), não existe uma definição de onde começa e termina a relação entre qualitativo e quantitativo. O primeiro termo representa o lugar da intuição, da exploração e do subjetivo, já o segundo representa o espaço científico por ser traduzido em dados matemáticos.

Segundo Vergara (2008), a triangulação pode ser definida como uma estratégia de pesquisa variada na utilização de vários métodos para investigar o mesmo fato, ou seja, refere-se ao uso de métodos quantitativos e qualitativos ao mesmo tempo. A interação entre os métodos durante a coleta de dados é reduzida, mas eles se complementam no momento da conclusão do estudo (VERGARA 2008).

### **2.2 Seleções dos participantes**

A escolha foi motivada por dois critérios, sendo que o primeiro pela facilidade de acesso ao município em questão. E o segundo pelo fato de o referido grupo ter a maior concentração de idosos do município e encontrar-se em funcionamento há mais de dois anos, dado este relevante para investigação.

Durante a realização da pesquisa nenhum idoso apresentou-se contra a realização da mesma, com isso não foi necessária à eliminação ou substituição.

Assim sendo, o número inicial de participantes foi de 25 idosos sendo mantido o mesmo número até o final da pesquisa.

### **2.3 Coletas de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2009. O primeiro contato foi feito com a presidente do grupo através de telefonema, sendo agendada a data, hora e local para a apresentação da pesquisa através de carta de apresentação. As entrevistas com os idosos foram realizadas durante os encontros, na sede do grupo e tiveram duração média de 20 minutos.

Com o objetivo de manter o anonimato, cada idoso foi codificado com a letra I, sendo seguidos de uma sequência numérica, de 01 a 25.

Todos os participantes da pesquisa foram submetidos ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos, visando à legitimidade da pesquisa e garantia de direitos aos participantes. O presente termo encontra-se em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos. O termo foi lido e explicado ao participante da pesquisa e assinado em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada e aplicado teste piloto em três idosos que não compõem a amostra, sendo que este identificou a necessidade de pequenas adaptações. Todas as entrevistas foram gravadas.

O fator dificultante para a coleta de dados foi o número reduzido de idosos em alguns encontros, o que impossibilitou o término da coleta da data prevista.

## **2.4 Análises dos dados**

Após a coleta de dados, as entrevistas gravadas foram ouvidas e em seguida transcritas em sua íntegra para análise de dados. Seguindo como referência a análise de conteúdo sugerida por Minayo (1994) e Bardin (1977).

A análise de dados apresenta finalidades de grande importância ao trabalho científico e pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o objetivo de obter, por procedimentos, sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

Com base em Minayo *et al.* (1994), existem três fases correspondentes à análise de dados que se complementam entre si. A primeira fase diz respeito ao estabelecimento de uma compreensão dos dados coletados, a segunda relaciona-se com a confirmação ou não dos pressupostos iniciais da pesquisa, ou seja, responder as questões formuladas no início da pesquisa, e por fim busca-se ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado.

Uma forma de obter uma boa análise de dados é trabalhar com categorias ou semelhanças das falas dos entrevistados. Segundo Bardin (1997), esta se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido

que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

De acordo com esta mesma autora os pontos primordiais da fase da descrição ou preparação do material visam à inferência ou dedução e a interpretação. Portanto, os principais pontos da pré-análise são as primeiras leituras de contato com os textos, a escolha dos documentos ou no caso os relatos transcritos, a formulação das hipóteses e objetivos relacionados, a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores, ou seja, a frequência de aparecimento e a preparação do material propriamente dito.

Dentro dos discursos dos participantes foram identificadas categorias quantitativas e qualitativas.

Uma vez, definidas as categorias tem-se a fase de análise dos conteúdos. Segundo Minayo *et al.* (1994), essa análise tem duas funções importantes: a primeira diz respeito à confirmação das hipóteses surgidas antes da realização da coleta de dados. A segunda relaciona-se aos dados que estão além dos conteúdos manifestos que também devem ser observados durante a coleta de dados.

A análise de conteúdo se classifica em três fases diferentes: a primeira denomina-se como fase pré-analítica, na qual ocorre a organização do material coletado durante a coleta de dados para que possa ser analisado, nessa fase devem ser definidas as categorias que serão avaliadas. A segunda fase é a de exploração do material, este é o momento de aplicar o que foi definido na fase anterior, geralmente mais longa e tornam-se necessárias diversas leituras do material agrupado durante a coleta de dados. A terceira fase é a de tratamento e interpretação dos dados obtidos, nela busca verificarem os dados quantitativos existentes na pesquisa (MINAYO *et al.*, 1994).

Uma vez definidas as categorias das entrevistas, foram feitas pequenas correções linguísticas com preservação do conteúdo e a espontaneidade das falas; os conteúdos destas foram analisados dentro da abordagem qualitativa. Em seguida realizou-se a busca dos dados quantitativos e foram identificadas duas categorias representadas e discutidas no trabalho através de gráficos.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da opção pela pesquisa quanti-qualitativa os resultados obtidos foram trabalhados através de gráficos e análise do conteúdo das entrevistas dos participantes, dividindo os mesmos em categorias que se encontram descritos na pesquisa.

#### 3.1 Dados demográficos

Participaram da pesquisa 25 indivíduos, todos residentes na área urbana, 20% moram sozinhos, 68% moram com a família e 12% moram com o (a) companheiro (a). As idades dos participantes variaram entre 60 a 81anos. Com prevalência de mulheres (86%), de indivíduos da cor branca 52 %, negro 24% e pardo 24%.60% dos idosos estudaram até a quarta série do ensino fundamental, 16% são analfabetos funcionais e20% são analfabetos. A maioria 80% mantém sua subsistência com a aposentadoria, 4% com trabalho remunerado, 4% é dependente de filhos e 4% através do auxílio 65anos.

A prevalência de indivíduos do sexo feminino condiz com dados demográficos do IBGE em que a maioria da população brasileira é composta pelo sexo feminino, reflexo da mortalidade masculina de jovens e adultos por causas externas. Em todas as regiões do Brasil a proporção de mulheres idosas é maior do que a de homens idosos (BRASIL, 2008).

Para Moreira *et al.*, 2005, o acesso do idoso ao serviço de saúde bucal é dificultado pela baixa escolaridade, baixa renda e escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal dos idosos.

#### 3.2 Percepções da Saúde Bucal

A análise do GRAF. 01 demonstra que a maioria dos idosos (44%) relatou não se lembrar da última visita ao dentista, 24% realizou a visita ao dentista no período de seis meses a um ano,20% de um ano a dois anos e 12% mais de dois. Muitos idosos principalmente os edentados, não realizam visitas regulares ao dentista, esquecendo-se da necessidade de fazer o diagnóstico precoce do câncer. (MINAS GERAIS, 2007).

Um dos fatores que influencia nesse resultado é a persistência do tabu de que usuários de prótese total não necessitam de acompanhamento odontológico (MINAS GERAIS, 2007).

De acordo com Matos, Giatti, Costa, (2004) é preocupante a baixa periodicidade do uso do serviço odontológico pelos idosos, pois, a intervenção do dentista pode sanar

problemas orais (eliminação de dores e focos infecciosos) reabilitação oral e ajuste de próteses mal adaptadas.

A frequência da consulta de manutenção deve ser determinada pelo profissional de acordo com as variáveis do processo saúde/doença. Esse controle odontológico regular para o idoso deve primar pela redução de irritações e injúrias mecânicas nas mucosas, visando à melhor qualidade de vida e a prevenção do câncer bucal (MINAS GERAIS, 2007).

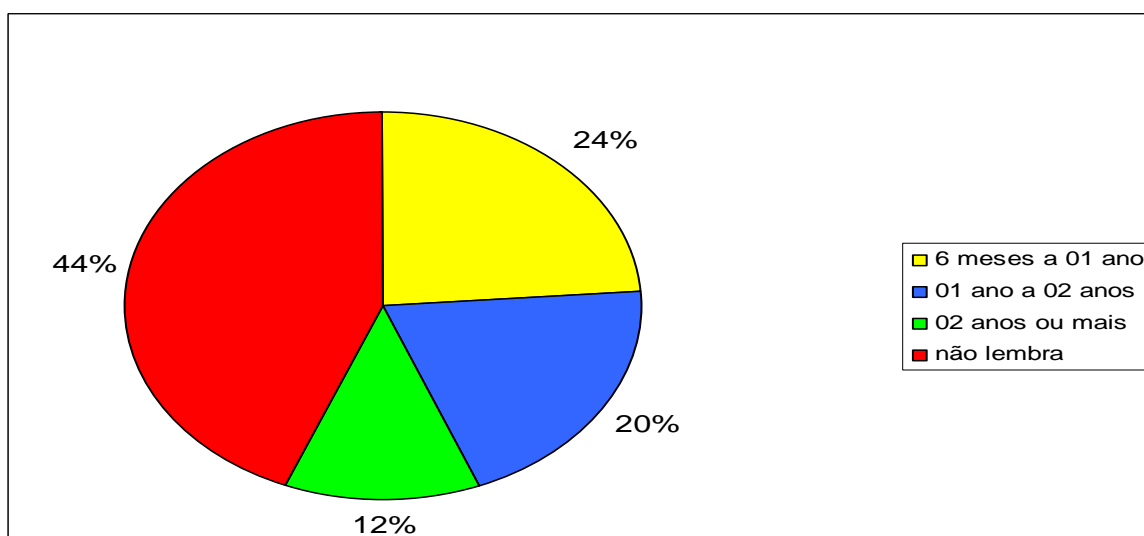


GRÁFICO 1: Distribuição dos idosos participantes da pesquisa em relação à última visita ao dentista.

Fonte: Consolidado das entrevistas aplicadas durante a pesquisa, ano base 2009.

Questionados os idosos sobre a realização do auto-exame bucal apenas 20% afirmam realizá-lo.

O câncer bucal representa um importante problema de saúde pública no Brasil, há predominância de casos de câncer bucal no sexo masculino e em pessoas de meia idade e idosos (ARAÚJO, CAPISTRANO, 2003).

Perdura uma crença de que os idosos perdem os dentes com a idade, mas esse paradigma deve ser quebrado, é possível manter os dentes hígidos durante o envelhecimento (BRASIL, 2008).

Silva, Sousa, Wada, (2004) relacionam as extrações em série, a cárie dentária e a doença periodontal com o edentulismo o que resulta o grande número de indivíduos usando próteses totais e/ou delas necessitando.

### 3.3 Uso de Prótese odontológica

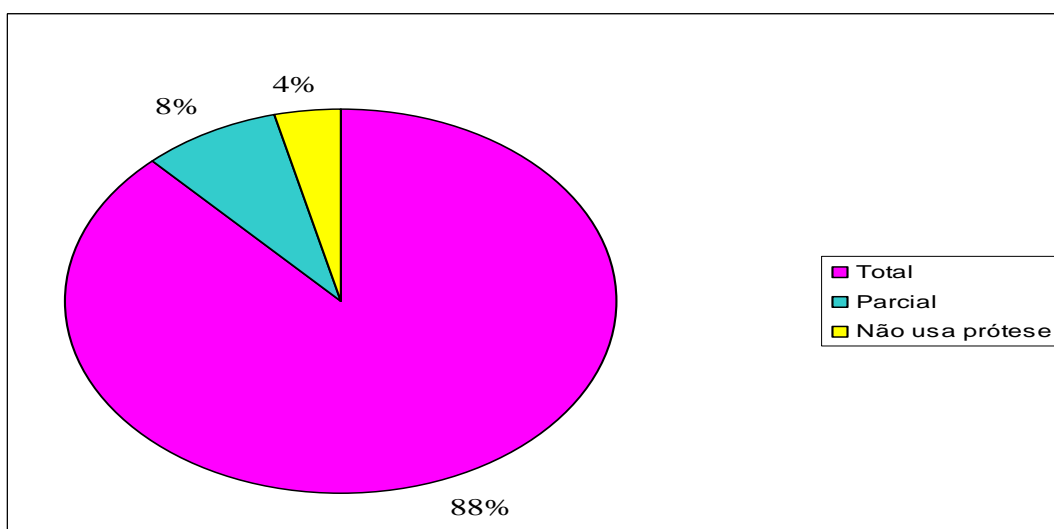


GRÁFICO 2 - Distribuição dos idosos que relataram o uso de prótese odontológica  
Fonte: Consolidado das entrevistas aplicadas durante a pesquisa, ano base 2009.

Dos participantes que usam prótese 84% afirmam já ter trocado, das alegações apresentadas para troca apenas 8% ocorreram por indicação do dentista e 76% por outros motivos, apresentados na TABELA1.



TABELA 1  
Motivos alegados pelos idosos para troca da prótese odontológica  
(%)

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| <b>Fratura</b>               | <b>30</b> |
| <b>Desgaste Natural</b>      | <b>20</b> |
| <b>Perda dos dentes</b>      | <b>14</b> |
| <b>Indicação do Dentista</b> | <b>8</b>  |
| <b>Estética</b>              | <b>8</b>  |
| <b>Injúrias Mecânicas</b>    | <b>4</b>  |

Fonte: Consolidado das entrevistas aplicadas durante a pesquisa, ano base 2009.

### 3.4 Serviços públicos de saúde bucal

Martins *et al.*, 2008 afirma que os idosos carregam o legado de um modelo assistencial alicerçado em práticas curativas e mutiladoras.

As falas dos idosos remetem a dificuldades de acesso ao serviço de saúde bucal em sua infância e juventude.

*“Na minha época não tinha isso de ficar tratando de dente. Quando o dente ficava estragado eu ia lá ao dentista e aí ele arrancava os estragados e os bons também... (I1)”*.

*“... hoje o que vejo se tivessem na minha época estas medidas de cuidado, acredito que teriam todos os meus dentes hoje. Antigamente era só arrancar, não tinha outros tratamentos... (I13)”*.

*“... comecei a arrancar meus dentes com 12 anos, fui arrancando aos poucos, fiquei seis meses sem dente algum, depois coloquei várias dentaduras, mas todas me machucaram, está que eu estou agora machucou oito meses, agora não machuca mais (I12).”*

Perguntado aos idosos sobre o serviço público de saúde bucal municipal 24% disseram conhecê-lo, porém apenas 8% relatam já utilizaram o serviço.

*“... conheço o dentista de graça porque já acompanhei os meus filhos em tratamento (I9)”.*

*“Eu conheço sim. Esses dias eu fui lá pra arrancar o resto dos meus dentes debaixo, só que o dentista não arrancou, disse que eles ainda estão bons, fez uma limpeza e agora estou pensando até em colocar um roth... ele me explicou que tenho que limpar minha boca bem direitinha e tenho que voltar lá sempre... (I2)”.*

Inúmeros fatores podem impossibilitar o acesso do idoso à atenção em saúde bucal, dentre eles: a limitação do idoso por problemas de saúde, as barreiras físicas, a falta de priorização dessa faixa etária pelos serviços odontológicos, medos, tabus, descrédito na capacidade resolutiva do serviço (MINAS GERAIS, 2007).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa crescerá consideravelmente nos próximos anos, necessitando de políticas públicas de saúde bucal mais concisas que promovam a integração do idoso no contexto mais amplo de saúde pública e que atendam as prerrogativas dos princípios doutrinários do Sistema único de Saúde – SUS. Políticas inclusivas que priorizem o idoso como cidadão que requer assistência integralizada.

Nesta pesquisa verificou-se que 44% dos idosos não se lembram quando foi sua última visita ao dentista, 80% nunca ouviram falar no auto-exame bucal, 88% usam prótese odontológica total, 84% já trocaram à prótese, sendo que apenas 8% ocorreram por indicação do profissional e que atribuem o edentualismo a desinformação, a falta de acesso ao serviço de saúde bucal na infância e juventude. O que ainda perdura, tendo em vista que 24% dos idosos relataram conhecer o serviço público de saúde bucal e apenas 8% já utilizaram este serviço.

A questão crucial da pesquisa sobre o conhecimento dos idosos sobre saúde bucal foi elucidada, o idoso não conhece suas necessidades e o serviço público de saúde bucal não dispõe de política específica para idoso.

No entanto, a constatação deste resultado não tem a pretensão de ser conclusivo, mas que venha contribuir para uma reflexão crítica que promova o aprofundamento para profissionais da odontologia e Gestores sobre as considerações aqui colocadas.

A proposta é de que norteiem as entidades de classe e governos na elaboração de políticas públicas voltadas a inclusão promovendo ações específicas aos problemas de saúde bucal do idoso dentre esses, a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas, diante desta realidade do grande número de edentualismo deve ser levado em conta a reabilitação oral.

## 5 REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, Ilza Helena Miranda; CAPISTRANO, Hermínia Marques. Análise do câncer bucal em hospital de atendimento geral. **Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 78-83, Abril/Maio/Junho 2003.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad17.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf)> Acesso em: 11/11/2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento da Pessoa idosa**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)> Acesso em: 11/11/2009.
4. BRASIL. REDE Interagencial de informações em Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Ripsa.2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
5. BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE**. Brasília, 2009. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1476&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476&id_pagina=1)>Acesso em: 10/10/2009.
6. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.
7. CHAIMOWICZ *et al.* A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20/11/2009.
8. COLUSSI, Cláudia; FREITAS, Sérgio; CALVO, Maria Cristina. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 1, p. 88 - 97, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n1/11.pdf>> Acesso em: 10/10/2009.
9. CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Coopmed., NESCON/UFMG, 2009.

10. FRANÇA, Júnia Lessa; VASCONSELOS, Ana Cristina de. **Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas**. 8.ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007, 255p.
12. MARTINS, Andréia Maria Eleutério de Barros Lima; BARRETO, Sandhi Maria; PORDEUS, Isabela Almeida. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 24, n. 1, p. 81-92, jan. 2008.
13. MATOS, Divane Leite; GIATTI, Luana; COSTA-LIMA Maria Fernanda. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 20, n. 5, p. 1290-1297, set-out 2004.
14. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. 2.ed.– Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.
15. MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.
16. MOREIRA, Rafael da Silveira. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1665-1675, nov-dez, 2005.
17. SILVA, Débora Dias; SOUSA, Maria da Luz Rosário; WADA, Ronaldo Seichi. Saúde bucal em adultos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 20, n. 2, p. 626-631, mar-abr, 2004.
18. SOUZA, M. S. L. **Guia para apresentação de monografias, dissertações e teses**. 3 ed. Belo Horizonte: Coopmed., 2005.
19. VARGAS, Andréia Maria Duarte; VASCONCELOS, Mara; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. **Unidade Didática II: Saúde Bucal – Atenção ao Idoso**. Belo Horizonte: UFMG, NESCON/UFMG, 2009.
20. VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2008. P. 27 - 29.

