

Estudo Comparativo do Perfil de Saúde Bucal em Idosos Institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha

Comparative Study of the Oral Health Profile of Institutionalized Elderly Persons in Brazil and Barcelona, Spain

Daniela Mendes da Veiga Pessoa¹
Glòria Pérez²
Marc Mari-Dell'Olmo³
Marco Cornejo-Ovalle⁴
Carme Borrell³
Grasiela Piuvezam⁵
Kenio Costa de Lima⁶

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Comparar o perfil de saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha, segundo gênero e país de residência. **Métodos:** Foi realizado estudo do tipo *cross-seccional*, em indivíduos de 65 anos e mais (n=1.440), residentes na Região Sanitária de Barcelona, Espanha e no Brasil. Foram realizados dois levantamentos epidemiológicos para averiguar as condições de saúde bucal em idosos do Brasil (em 2008) e de Barcelona-ES (em 2009). Foram estudadas as seguintes condições com seus respectivos indicadores: doença periodontal (CPI), perda dentária (edentulismo e edentulismo funcional) e cárie dentária (CPO-D). A amostra foi estratificada pelo gênero e país dos idosos. Foram realizadas Regressão de Poisson Bivariada e Multivariada para a obtenção das Razões de Prevalência Ajustadas (RPa) com seus respectivos Intervalos de Confiança com 95% de significância (IC95%). **Resultados:** Em Barcelona-ES, homens e mulheres tiveram uma alta prevalência de doença periodontal em relação aos idosos brasileiros: homens: cálculo (RPa:1,5; IC:1,08-2,19) e bolsa periodontal (RPa:2,05; IC:1,43-2,93). Mulheres: cálculo (RPa:2,4; IC:1,77-3,24) e bolsa periodontal (RPa:3,2; IC: 2,29-4,53). Em Barcelona-ES foi encontrada uma baixa prevalência de edentulismo (RPa:0,49; IC:0,37-0,65) e edentulismo funcional (RPa:0,49; IC: 0,40-0,60) entre os homens. Resultados semelhantes foram observados entre as mulheres, com uma baixa prevalência de edentulismo (RPa:0,49; CI:0,41-0,58) e edentulismo funcional (RPa:0,42; CI:0,30-0,49). **Conclusões:** Foi observada uma precária condição de saúde bucal entre homens e mulheres idosos em ambos os países, sendo que os idosos de Barcelona-ES tiveram uma pior condição periodontal e os idosos brasileiros tiveram uma maior perda dentária.

Palavras-Chave: Idosos. Saúde Bucal. Saúde de Idosos Institucionalizados.

¹ Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Agência de Salut Pública de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Barcelona, Espanha.

³ Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Agência de Salut Pública de Barcelona, Espanha.

⁴ Universidade do Chile, Faculdade de Odontologia. Santiago, Chile. Agência de Salut Pública de Barcelona. Barcelona, Espanha.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Odontologia. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Correspondência/Correspondence

Daniela Mendes da Veiga Pessoa
Email: danielamp@yahoo.com.br

Abstract

Objective: To compare the oral health profile of institutionalized elderly persons in Brazil and in Barcelona, Spain, by gender and country of residence. **Methods:** A cross-sectional study was performed of individuals aged 65 years and above (n=1,440), resident in the health region of Barcelona and in Brazil. Two surveys and exams relating to the oral health status of institutionalized elderly persons in Brazil (in 2008) and in Barcelona, Spain (in 2009) were carried out. Periodontal disease, tooth loss and dental caries were analyzed, considering age and cognitive ability. The sample was stratified by gender and country. Bivariate and multivariate Robust Poisson Regression models were used to obtain adjusted Prevalence Ratios (aPR), and a 95% confidence interval (95%CI) was employed. **Results:** In Barcelona, men and women had a higher prevalence of periodontal illness: Men - calculus (aPR:1.5; CI:1.08-2.19) and pocket (aPR:2.05; CI:1.43-2.93) results. Women - calculus (aPR:2.4; CI:1.77-3.24) and pocket (aPR:3.2; CI:2.29-4.53) results. In Barcelona there was a lower prevalence of edentulism (aPR:0.49; CI:0.37-0.65) and functional edentulism (aPR:0.49; CI:0.40-0.60) among men. The same results were found among women with a lower prevalence of edentulism (aPR:0.49; CI: 0.41-0.58) and functional edentulism (aPR:0.42; CI: 0.30-0.49). **Conclusions:** A poor state of oral health of men and women was observed in both countries, with the elderly from Barcelona having worse periodontal health and the elderly from Brazil having greater tooth loss.

Keywords: Older People.
Oral Health. Health of
Institutionalized Elderly.

INTRODUÇÃO

A população mundial de idosos crescerá nos próximos anos, particularmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, a população idosa com 65 anos e mais atingirá mais de quarenta e oito milhões de pessoas em 2050, representando 22,7% da população.¹ Já na Europa, o crescimento da população de idosos ocorreu gradualmente. Na Espanha, algumas projeções populacionais demonstram que a população idosa chegará a 28% em 2040.²

Devido ao envelhecimento da população, as autoridades de saúde em todo o mundo se deparam com uma crescente demanda por melhorias nos cuidados à saúde, incluindo os cuidados relacionados aos problemas de saúde bucal.³ Neste contexto, a melhoria da saúde bucal dos idosos tornou-se uma prioridade para o Programa Global de Saúde Oral da OMS (Organização Mundial da Saúde).⁴

Tanto o perfil de saúde bucal como os serviços assistenciais em odontologia variam entre países e entre regiões de um mesmo país.⁵ Na Espanha, onde o Serviço Nacional de Saúde fornece cuidados em saúde universais, os serviços odontológicos excluem procedimentos restauradores e focam em exodontias e na prevenção.⁶ Na Região Autônoma

da Catalunha, cuja capital é a cidade de Barcelona, os programas odontológicos dão ênfase à população infantil e às pessoas com deficiência (únicos grupos a terem acesso aos procedimentos restauradores) e as ações de bochechos fluoretados se reduzem aos escolares do ensino fundamental.⁷ Neste contexto, a população idosa encontra-se alijada da atenção odontológica pública.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde fornece à população cuidados universais tanto no nível básico como especializado. No entanto, apenas 37% da população tem acesso a esse serviço.⁸ Em relação aos idosos brasileiros, observou-se que entre os que possuíam dentes, o uso de serviços odontológicos foi de 26,6% e entre os desdentados, de 10,4%, indicando que o uso de serviços odontológicos foi menor entre os que mais necessitavam.⁹ Com vistas a ampliar a inserção da saúde bucal no SUS, foi lançada, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”.¹⁰ Embora dentre seus pressupostos estejam a qualificação da Atenção Primária em Saúde e a garantia da integralidade das ações, do mesmo modo que na Espanha, a política “Brasil Sorridente”, também não destina ações em saúde bucal específicas para os idosos. Tais fatos trazem consequências para a saúde bucal desse grupo populacional.

Foram observados os efeitos físicos e sociais de má saúde bucal em idosos, como a diminuição do desempenho de mascar, limitação na escolha de alimentos, perda de peso, desnutrição, problemas de comunicação, baixa autoestima e bem-estar e uma maneira negativa de interagir com a vida cotidiana.^{3,11} A insatisfação com a estética está diretamente ligada à ausência de dentes e é essencial para desencadear sentimentos negativos de autoestima entre os indivíduos, tendo efeito sobre as relações sociais.¹²

Com relação aos idosos institucionalizados, a literatura mostra que síndromes geriátricas estão associadas com o risco de admissão para instituições de longa permanência.¹³ Portanto, as pessoas idosas institucionalizadas representam o grupo mais vulnerável devido à sua maior fragilidade, tendo um pior estado de saúde do que os idosos não institucionalizados. Essa situação é agravada pela falta de cuidados de saúde nas instituições.¹⁴ Uma série de estudos têm demonstrado que a saúde bucal de idosos institucionalizados é caracterizada pela alta perda dentária, pela falta de cuidados preventivos regulares para os problemas bucais específicos e pela falta de tratamento odontológico.¹⁵⁻¹⁷ Neste contexto, a disponibilidade de dados sobre a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados de diferentes países é essencial para a vigilância da saúde bucal,⁴ além de indicar ações específicas destinadas a melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, o objetivo do presente estudo foi comparar o perfil de saúde bucal de idosos com idades de 65 anos e mais, residentes em instituições de longa permanência do Brasil e de Barcelona, Espanha, em 2008 e 2009, respectivamente, segundo gênero e país de residência, com fins de compreender as distintas realidades.

MÉTODO

Foram seguidos os critérios Strobe na preparação deste manuscrito. O presente estudo não tem a intenção de comparar os dados em base nacional e sim comparar as realidades dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) nos dois países.

Para tanto, foi realizado um estudo transversal com idosos institucionalizados com 65 anos e mais nas regiões de saúde de Barcelona, Espanha e no Brasil em 2009 e 2008, respectivamente. Os dados foram coletados a partir de ambas as pesquisas nas quais realizaram-se exames clínicos das condições de saúde bucal dos indivíduos. O desenho desses inquéritos foi previamente descrito,¹⁸⁻²⁰ no entanto, um resumo é fornecido abaixo.

A seleção da amostra da pesquisa realizada com idosos provenientes de ILPI brasileiras, no ano de 2008, foi baseada na população de idosos residentes em instituições públicas e privadas de 11 municípios de médio e grande porte, escolhidos aleatoriamente e que pertenciam a cada uma das cinco regiões geográficas brasileiras. As cidades de cada região foram selecionadas aleatoriamente a partir dos seguintes critérios: 1) municípios com mais de 100.000 habitantes com uma população de idade maior ou igual a mediana encontrada em cada região geográfica; 2) instituições que fossem legalmente registradas. Um total de 1.412 indivíduos foram selecionados, dos quais 1.192 (84,4%) participaram da pesquisa. Indivíduos com menos de 65 anos foram excluídos do presente estudo. O número total de pessoas idosas brasileiras incluídas foi de 1.018.

A seleção da amostra dos idosos de 65 anos e mais da região sanitária de Barcelona-ES, deu-se a partir de 1.300 idosos com perfil para residir em 46 ILPI (de caráter público ou filantrópico) da referida região no ano de 2009. Dessas, 2 ILPI não aceitaram participar do estudo. A amostra de conveniência incluiu idosos de 25 ILPI pesquisadas durante o tempo destinado ao trabalho de campo. Foram incluídos 422 idosos na pesquisa.²⁰

Finalmente, a população incluída no presente estudo foi de 1.440 pessoas com 65 anos e mais.

O estudo realizado no Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (protocolo nº 0033.0.051.000-06.). O estudo realizado em Barcelona, Espanha, foi aprovado pelo Comitê de Ética Clínica do Instituto Municipal d'Assistència Sanitaria (Barcelona, Espanha) (IMAS) (protocolo nº. 2008/3666/I).

Os exames bucais dos indivíduos incluídos no estudo foram realizados de acordo com a metodologia proposta pela OMS.²¹

No Brasil, a coleta de dados foi realizada por cinco dentistas calibrados com valores de Kappa de entre 0,71 e 0,89. Em Barcelona, na Espanha, um único dentista realizou a coleta de dados com valores de Kappa intraexaminador entre 0,85 e 1,00.

As variáveis dependentes foram: 1) uso de prótese superior (uso de algum tipo de prótese na arcada superior - sim/não); 2) uso de prótese inferior (uso de algum tipo de prótese na arcada inferior - sim/não); 3) necessidade de prótese superior (necessidade de algum tipo de prótese na arcada superior - sim/não); 4), necessidade de prótese inferior (necessidade de algum tipo de prótese no arco inferior sim/ não); 5) edentulismo (ausência total de dentes naturais - sim/não); 6) edentulismo funcional (existência de menos de vinte dentes - sim/não); 7) Índice Periodontal Comunitário (CPI) categorizadas como: CPI cálculo (sextante da boca, cuja a pior condição foi a presença de cálculo para cada indivíduo sim/não), CPI bolsa (sextante da boca, cuja a pior condição periodontal foi a presença bolsa periodontal para cada indivíduo sim/não), CPI Sextante excluído (pessoas idosas com todos os sextantes excluídos).²⁰ O CPI não foi caracterizado como sangramento à sondagem devido à baixa prevalência para essa categoria.

As variáveis independentes foram: 1) idade: variável contínua em anos, 2) capacidade cognitiva: condições cognitivas adequadas, de acordo com o diagnóstico médico - sim/não.^{19, 20}

As variáveis de estratificação foram país de residência e sexo. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis. Análises bivariada e multivariada de Poisson com modelos de regressão

robusta foram usadas para a obtenção das razões de prevalência bruta (RP) e ajustada (RPa) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). No modelo multivariado, todas as variáveis com $p < 0,05$ na análise bivariada foram incluídas no modelo de regressão, assim como outras variáveis conceitualmente plausíveis.²⁰ Por conseguinte, as variáveis de ajuste foram a idade e a capacidade cognitiva.

RESULTADO

Havia mais mulheres do que homens nas pesquisas de ambos os países 57,3% no Brasil e 68% em Barcelona, Espanha. A média de idade das pessoas idosas em Barcelona foi maior do que a média do Brasil (Tabela 2). Em termos de saúde bucal, houve mais dano causado pela cárie entre os participantes do Brasil, onde os valores médios do CPO-D, número de dentes perdidos, edentulismo e edentulismo funcional foram significativamente mais elevados do que em Barcelona, Espanha. No que diz respeito à reabilitação da saúde bucal, os idosos residentes em ILPI brasileiras utilizavam mais próteses superiores e tinham maior necessidade de próteses inferiores do que idosos de Barcelona, Espanha. A doença periodontal foi mais prevalente entre idosos de Barcelona, Espanha (Tabela 1).

No modelo multivariado (Tabela 3), observou-se que os homens de Barcelona, Espanha tiveram uma maior prevalência de cálculo dentário e de bolsas periodontais e menor prevalência de perda dentária total e parcial do que os homens no Brasil. As mulheres idosas residentes em ILPI de Barcelona, Espanha tiveram uma maior prevalência de necessidade de prótese superior, presença de cálculo dentário, de bolsas periodontais e menor prevalência de uso de prótese superior, perda de dentes parcial e perda dentária total do que as mulheres idosas do Brasil.

Tabela 1. Descrição das condições de saúde bucal através das variáveis categóricas dos idosos intitucionalizados de 65 anos e mais, estratificados por sexo e país de residência. Brasil, 2008; Barcelona, Espanha, 2009.

Variáveis Categóricas		Sexo									
		Homens					Mulheres				
		Brasil		Barcelona		p*	Brasil		Barcelona		p*
n	%	n	%	n	%		n	%			
Uso de Prótese Superior	não	315	71,8	102	76,7	0,262	305	51,8	177	64,6	<0,001
	sim	124	28,2	31	23,3		284	48,2	97	35,4	
Udo se Prótese Inferior	não	371	84,5	109	82,0	0,482	427	72,5	208	75,9	0,289
	sim	68	15,5	24	18,0		162	27,5	66	24,1	
Necessidade de Prótese Superior	não	124	28,2	36	27,5	0,864	279	47,4	98	36,6	0,003
	sim	315	71,8	95	72,5		310	52,6	170	63,4	
Necessidade de Prótese Inferior	não	73	16,6	32	24,6	0,039	159	27,0	80	29,9	0,387
	sim	366	83,4	98	75,4		430	73,0	188	70,1	
Edentulismo	não	202	46,0	96	72,2	<0,001	41	7,0	173	62,0	<0,001
	sim	237	54,0	37	27,8		548	66,2	106	33,3	
Functional Edentulismo	não	69	15,7	78	58,6	<0,001	41	7,0	173	62,0	<0,001
	sim	370	84,3	55	41,4		548	93,0	106	38,0	
CPI Cálculo	não	362	82,5	98	73,7	0,025	519	88,1	206	73,8	<0,001
	sim	77	17,5	35	26,3		70	11,9	73	26,2	
CPI Bolsa	não	376	85,6	97	72,9	0,001	540	91,7	205	73,5	<0,001
	sim	63	14,4	36	27,1		49	8,3	74	26,5	
CPI Sextantes Excluídos	não	161	36,7	76	57,1	<0,001	138	23,4	158	56,6	<0,001
	sim	278	63,3	57	42,9		451	76,6	121	43,4	
Capacidade Cognitiva	não	210	47,8	76	57,1	0,060	325	55,2	145	51,2	0,274
	sim	229	52,2	57	42,9		264	44,8	138	48,8	

*Teste do Qui-Quadrado com nível de significância de 95%

Tabela 2. Descrição das condições de saúde bucal e idade através das variáveis quantitativas dos idosos institucionalizados de 65 anos e mais, estratificados por sexo e país de residência. Brasil, 2008; Barcelona, Espanha, 2009.

Variáveis Quantitativas	Homens						
	Brasil			Barcelona			p*
	n	Mediana	P 25-P75	n	Mediana	P 25-P75	
Índice CPO-D	439	32	27-32	133	24	11-32	<0,001
Número de dentes cariados	439	0	0-2	133	1	0-4	0,001
Número de dentes restaurados	439	0	0-0	133	0	0-0	0,423
Número de dentes perdidos	439	32	24-32	133	27	20-32	0,001
Número de dentes presentes	439	0	0-8	133	8	0-20	<0,001
Idade do indivíduo	439	77	71-83	132	81	73-82	0,006
Variáveis Quantitativas	Mulheres						
	Brasil			Barcelona			p*
	n	Mediana	P 25-P75	n	Mediana	P 25-P75	
Índice CPO-D	589	32	31-32	279	25	12-32	<0,001
Número de dentes cariados	589	0	0-0	279	0	0-4	<0,001
Número de dentes restaurados	589	0	0-0	279	0	0-0	0,569
Número de dentes perdidos	589	32	29-32	279	29	19-32	<0,001
Número de dentes presentes	589	0	0-3	279	7	0-20	<0,001
Idade do indivíduo	589	79	73-85	278	83	76-87	<0,001

*Teste de Mann-Whitney com nível de significância de 95%

Tabela 3. Razões de Prevalência das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados com idade de 65 anos e mais de acordo com o sexo no Brasil (2008) em Barcelona, Espanha (2009).

Variáveis Dependentes	Homens				País (Referência Brasil)			
	n	RP*	95%CI	<i>p</i>	RPa†	95%IC	<i>p</i>	
	Uso de Prótese Superior	571	0,825	0,586-1,162	0,271	0,860	0,615-1,202	0,377
Uso de Prótese Inferior	571	1,165	0,763-1,778	0,479	1,211	0,793-1,851	0,376	
Necessidade de Prótese Superior	569	1,011	0,896-1,140	0,863	0,996	0,883-1,124	0,952	
Necessidade de Prótese Inferior	568	0,904	0,813-1,006	0,064	0,898	0,806-1,001	0,052	
Edentulismo	571	0,515	0,387-0,687	<0,001	0,490	0,366-0,655	<0,001	
Edentulismo Funcional	571	0,491	0,399-0,603	<0,001	0,490	0,399-0,603	<0,001	
CPI Cálculo	571	1,500	1,058-2,128	0,023	1,541	1,084-2,191	0,016	
CPI Bolsa	571	1,886	1,315-2,705	0,001	2,050	1,435-2,930	<0,001	
CPI Sextante Excluído	571	0,677	0,549-0,834	<0,001	0,653	0,530-0,805	<0,001	

Variáveis Dependentes	Mulheres				País (Referência Brasil)			
	n	RP*	95%CI	<i>p</i>	RPa†	95%IC	<i>p</i>	
	Uso de Prótese Superior	863	0,734	0,613-0,879	0,001	0,699	0,586-0,835	<0,001
Uso de Prótese Inferior	863	0,876	0,684-1,122	0,294	0,793	0,620-1,014	0,065	
Necessidade de Prótese Superior	857	1,025	1,070-1,357	0,002	1,237	1,101-1,390	<0,001	
Necessidade de Prótese Inferior	857	0,961	0,876-1,054	0,397	0,989	0,903-1,084	0,814	
Edentulismo	868	0,503	0,422-0,600	<0,001	0,490	0,411-0,583	<0,001	
Edentulismo Funcional	868	0,408	0,351-0,475	<0,001	0,419	0,300-0,487	<0,001	
CPI Cálculo	868	2,202	1,639-2,958	<0,001	2,396	1,774-3,236	<0,001	
CPI Bolsa	868	3,188	2,288-4,442	<0,001	3,220	2,288-4,531	<0,001	
CPI Sextante Excluído	868	0,566	0,492-0,652	<0,001	0,554	0,482-0,638	<0,001	

*Razão de Prevalência Bruta † Razão de Prevalência ajustada pela idade e capacidade cognitiva

DISCUSSÃO

O presente estudo foi o primeiro a comparar as condições de saúde bucal dos indivíduos idosos institucionalizados 65 anos e mais do Brasil e Barcelona, Espanha. Brasil e Espanha são países com distintos padrões de envelhecimento e cuidados em saúde bucal. Em geral, os idosos institucionalizados em ambos os países têm condições precárias de saúde bucal.

Em ambos os países, os homens e as mulheres idosos institucionalizados tinham altos níveis de perda dentária. A institucionalização de pessoas idosas é em si considerada um fator de risco para a perda do dentário,¹⁷ no entanto, deve notar-se que a saúde bucal dessa população é uma consequência dos danos acumulados ao longo da vida e reflete o modelo de atenção à saúde bucal adotado em ambos os países, que se caracteriza pelo acesso limitado a serviços de atenção em saúde bucal e uma abordagem fundamentalmente mutiladora no atendimento odontológico.^{20,22}

Assim, verificou-se que a perda dentária é um importante problema de saúde pública nos países investigados. Isso implica aumento da demanda por serviços de reabilitação em saúde bucal para esse grupo populacional. Observou-se também que a maior prevalência de necessidade de prótese superior está entre as idosas de Barcelona, Espanha. Isso revela a falta de reabilitação entre as mulheres, que também é causada pela falta de políticas públicas de saúde voltadas para a população institucionalizada.

No caso do Brasil, a prestação de cuidados em saúde bucal é historicamente caracterizada pela baixa complexidade, principalmente de caráter curativo e mutilador e acesso restrito à população. Na maioria dos municípios, os programas foram conduzidos para crianças em idade escolar com idades entre 6-12 anos e mulheres grávidas. Os adultos e idosos só tinham acesso aos serviços de pronto atendimento e tratamento mutilador.²³⁻²⁶ Esse modelo de atenção em saúde bucal existiu no Brasil até 2004, quando o país implementou a Política Nacional de Saúde Bucal, intitulado "Brasil Sorridente", pela qual foram implementadas ações individuais e coletivas, visando à promoção,

prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação nos níveis primário e secundário de atenção em saúde bucal.²⁷

Embora tenha havido uma expansão gradual das intervenções na política de saúde bucal, modelos hegemônicos ou modelos de odontologia privada, focados na doença, ainda prevalecem no Brasil.²⁴ Em um estudo de caso sobre processo de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente” – nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara, São Paulo, Brasil, foi verificado que os municípios ainda encontram dificuldades em implantar os pressupostos da PNSB, pois foi observada a tendência da manutenção do modelo centrado na doença devido à grande demanda reprimida, às cobranças com relação à produção de procedimentos e à formação profissional tecnicista e clínica.²⁵ Portanto, pode-se afirmar que essa nova política de saúde não teve um efeito sobre as pessoas idosas do presente estudo, indicando a necessidade de estudos futuros para avaliar o impacto do "Brasil Sorridente" nesse grupo.

Na Espanha, os estudantes têm o direito ao atendimento odontológico público básico, relacionado à prevenção e à restauração da dentição permanente, com restrições. Cada uma das 17 regiões (comunidades autônomas) em que o país está dividido pode fornecer esses serviços de forma diferente, com financiamento público e provisão pública e privada do serviço.²⁸ Esse modelo de prestação de assistência odontológica é focado na população infantil e centrado na cura das doenças bucais em detrimento da prevenção e promoção da saúde bucal nas outras faixas etárias, o que também pode gerar desigualdades, já que a prestação de tais serviços é financiado pelo setor privado e disponível apenas para aqueles que podem pagar. Assim, a saúde bucal na Espanha é a única área que não tem uma cobertura completa pelo Sistema Nacional de Saúde. O atendimento odontológico para população adulta permanece apenas paliativo e a reabilitação de dentes perdidos devido às doenças bucais não é coberta, ainda que parcialmente subsidiado, pelo sistema de saúde.⁷

De acordo com o presente estudo, os idosos institucionalizados de Barcelona, Espanha têm uma

maior prevalência da doença periodontal do que aqueles do Brasil. Entre as mulheres de Barcelona, Espanha, a prevalência de cálculo é o dobro e a de bolsa periodontal é o triplo da prevalência das mulheres idosas do Brasil. Isso é causado pela maior presença de dentes permanentes em indivíduos idosos de Barcelona, Espanha, pois há uma maior prevalência de edentulismo e edentulismo funcional no Brasil. A presença de bolsas periodontais pode levar a infecções, mobilidade dentária, sensibilidade cervical e alterações estéticas, revelando a necessidade de tratamento odontológico para idosos institucionalizados e indicam a falta cuidados em higiene bucal nas instituições de longa permanência para idosos. A literatura mostra que os cuidadores não realizam adequada higiene bucal nos idosos institucionalizados, devido à ausência de protocolos, à falta de conhecimento sobre práticas de higiene bucal e à falta de formação adequada.¹⁴

O presente estudo tem uma série de limitações. Deve-se notar que o desenho transversal não permite a análise da relação causa-efeito entre as variáveis estudadas. Além disso, o número limitado de variáveis explicativas comuns a ambos os questionários justifica a ausência de variáveis

socioeconômicas no estudo. No entanto, as variáveis dependentes analisadas podem explicar as condições objetivas da condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em ambos os países. Outro ponto forte do estudo é a comparação entre o estado de saúde bucal de idosos institucionalizados em dois ambientes sociais e econômicos diferentes, bem como de diferentes sistemas de saúde de assistência odontológica.

CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que os indivíduos idosos institucionalizados com idades de 65 anos e mais, residentes no Brasil e Barcelona, Espanha, possuem uma má condição de saúde bucal, causada por uma alta prevalência de perda dentária total e parcial entre os idosos do Brasil e de doença periodontal entre os idosos de Barcelona. Os resultados indicam que, independentemente do país estudado, a saúde bucal de idosos institucionalizados é vulnerável. O conhecimento dessa situação pode ajudar com a reorientação das políticas de saúde voltadas a essa população, com foco na manutenção da saúde bucal e melhorias de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em 03 set 2012]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
2. Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. Catalunya: IDESCAT; 2012 [acesso em 6 set 2012]. Disponível em: <http://www.idescat.cat/cat/poblacio/poblestructura.html>
3. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people- call for public health action. *Community Dent Health* 2010;27(4 Suppl 2):257-67.
4. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Health* 2005;22(2):71-4.
5. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(2):81-92.
6. Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J* 2009;59:78-82.
7. Cortés M FJ, Cerviño FS, Blanco GJM, Simón S F. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. RCOE, *Rev Ilustre Cons Gen Col Odontól Estomatol Esp* 2014;19(Supl. 1):12-42.
8. Bordín D, Fadel CB. Pact for health in Brazil: a descriptive analysis of the progression of oral health indicators. *Rev Odontol UNESP* 2012;41(5):305-11.
9. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Pública* 2007;22(5):308-16.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF: 2004. [acesso em 12 Jul 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

11. Gil-Montoya JA, Subirá C, Ramón JM, González-Moles MA. Oral health-related quality of life and nutritional status. *J Public Health Dent* 2008;68(2):88-93.
12. Moimaz SAS, De Almeida MEL, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba NA. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(3):361-75.
13. Wang SY, Shamliyan TA, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Not just specific diseases: systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission. *Arch Gerontol Geriatr* 2013;57(1):6-26.
14. Cornejo-Ovalle M, Costa -de-Lima K, Pérez G, Borrell C, Casals-Pedro E. Oral Health care activities performed by caregivers for institutionalized elderly in Barcelona-Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18(4):641-9.
15. World Health Organization. Oral health in aging societies: integration of oral health and general health: Report of a meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan, 1-3 June 2005. Japan2005. Geneva: WHO; 2006.
16. Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Puigvert J, et al. Dental health differences by social class in home-dwelling seniors of Barcelona, Spain. *J Public Health Dent* 2006;66(4):288-91.
17. Eustaquio-Raga MV, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain). *Gac Sanit* 2013;27(2):123-7.
18. Piuvezam G, De Lima KC. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. *Gerodontology* 2013;30(2):141-9.
19. Piuvezam G, De Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(1):5-11.
20. Cornejo M, Perez G, De Lima KC, Casals-Pedro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18(2):285-92.
21. World Health Organization. Oral Health surveys:basic methods. Geneve: WHO; 1998.
22. Islas-Granillo H, Borges-Yañes SA, Lucas-Rincón SE, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Márquez-Corona ML, et al. Edentulism risk indicators among Mexican elders 60-year-old and older. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;53(3):258-62.
23. Chaves SCL. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. *Braz Oral Res* 2012;26:71-80.
24. Soares CLM. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. *Braz Oral Res* 2012;26:94-102.
25. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. *Cad Saúde Pública* 2015;31(1):82-96.
26. Dutra CESV, Sanchez HF. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1):179-88.
27. Pucca GA Junior, De Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res* 2010;24:26-32.
28. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev Dent* 2004;2(3):155-94.

Recebido: 17/01/2016

Revisado: 11/07/2016

Aprovado: 18/08/2016