



Saúde, previdência e seguridade: o desafio para a saúde bucal no envelhecimento e a qualidade de vida

Health, retirement and security: the challenge for oral health in ageing and quality of life

Iracema Souza Dottori Von Uslar
Mestranda da FO/UFF
Especialista em Odontologia Social

Marcos Paulo Fonseca Corvino
Professor do Instituto de Saúde da Comunidade - ISC/UFF

Mônica Villela Gouvêa
Marcos Antônio Albuquerque de Senna
Professores do ISC/UFF

Resumo

Traz-se à discussão a área de saúde oral, o risco crescente da perda de qualidade de vida ao chegar à idade avançada e quando se caminha para um aumento da expectativa de vida, como apontam dados de pesquisas e estudos de tendência. Mediante análise de revisão da literatura, levantam-se problemas crônicos e emergente, em face das alternativas peculiares a essa camada da população que busca atenção odontológica. As soluções esperadas avançarão paralelamente à participação e às conquistas relativas à cidadania e à equidade social, impactando positivamente as condições de vida durante o período laboral, de vida ativa e autônoma.

Palavras-chave: geriatria e gerontologia; qualidade de vida; seguridade social; saúde bucal.

Abstract

This article evaluates oral health and the increased risk for quality of life of the elderly and for those with increased life expectancy. Through a review of the literature, chronic and impending problems are discussed regarding this particular group. Solutions will be reached as soon as citizenship, participation, and social equity become more prevalent.

Keywords: geriatrics and gerontology; quality of life; social security; oral health.

Epidemiologia, demografia e economia

“A sociedade tem preparado as crianças e adolescentes para serem adultos eficientes, mas com certeza não os ensina para serem idosos felizes...”

Montenegro Brunetti (7)

Desde 1900, a expectativa de vida aumentou de 47 anos para, aproximadamente, 68 anos. Segundo estudos demográficos, o número de pessoas com mais de 60 anos, no ano 2010, será da ordem de 20 milhões, o que corresponde a 9,4% da população do país. Em 2025, a previsão é de 25 milhões de idosos com mais de 60 anos, o que corresponderá a 15% da população estimada do Brasil, e a sexta maior do mundo. A relação entre inativos ou pensionistas e contribuintes ativos era, em 1950, de 8 para 1, e está hoje em 2:1, estimando-se em 1:1 até 2020 (28, 39).

O Brasil, como os demais países do mundo, além de percalços da globalização econômica neoliberal (3), vem enfrentando os desafios demográficos, como as migrações, e o aumento da expectativa de vida de sua população. Há atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos, definidos para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como população de sessenta anos e mais, de idade, maior que o total de habitantes da Bolívia, Chile, Cuba, Holanda, Portugal, Suíça, e tantos outros. A mudança na distribuição etária de um país altera o perfil das políticas sociais, exigindo estratégias e implementação de benefícios, serviços, programas e projetos relacionados à promoção dos direitos humanos do idoso. Espera-se que na próxima década o percentual de pessoas idosas aumentará de 8% a 19%, ocasionando um descompasso entre a relação de sustentabilidade dos sistemas previdenciário, trabalhista e sanitário, além das mudanças culturais e na vida cotidiana. Tal como se sucedeu com a Aids, alastrando-se aceleradamente no Terceiro Mundo, ainda que de natureza diferente, o envelhecimento da população passa a ser de importância, mas com pior qualidade de vida, naqueles países tidos como em desenvolvimento (43).

A pessoa ao envelhecer deve ter reconhecido seus direitos legais, para não sofrer discriminação, e deve ter recursos para manter o mesmo padrão financeiro que possuía em sua vida

laboral. A preocupação concentra-se no tipo de cobertura que é oferecido aos idosos, já que a tendência é de uma maior longevidade e os planos de assistência e de aposentadoria foram elaborados para um país jovem, remetendo hipoteticamente a um futuro adequado para essa massa populacional. No entanto, caminha-se para uma mudança desse perfil, com a perspectiva de vida avançada, e grave, em país com renda per capita mundial média, mas extremamente heterogênea, com poucos ganhando muito e vice-versa, mesmo que estudos, alguns controversos, mostrem uma eventual melhoria (38, 41). A equidade social não é vivida no Brasil, detentor das piores posições no *ranking* mundial (17, 32).

Os idosos, em falta de condições financeiras, muitas vezes são obrigados a submeter-se a situações indignas, ou sequer são consultados, como a ida para abrigo, casa de parentes “distantes”, por falta de recursos para manterem-se independentes. E não raro, os poucos recursos recebidos, passam a serem administrados por terceiros, situações adversas são vividas, tanto pelos que necessitam de cuidados como por quem tem que se responsabilizar por eles e cujos recursos também são insuficientes para a manutenção mínima (37).

Em 1982, celebrou-se a Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, que emitiu recomendações para a ação nacional e internacional, e tem sido uma referência global das políticas dirigidas à terceira idade (35). No Brasil, nos últimos anos, têm proliferado projetos de atenção aos idosos e algumas políticas em benefícios das pessoas “de idade”, com variadas denominações, mas não têm sido

suficientes para um atendimento pleno. Percebem-se nos projetos, intuito louvável de elevar a auto-estima, como MelhorIdade, Feliz Idade, VivaIdoso, com alguns contemplando ações intersetoriais, de composição da renda. Mas há problemas, fundamentalmente estruturais, de macroeconomia a resolver, como o controverso déficit previdenciário, o desemprego, a elevada carga tributária (8, 21).

A acumulação de patrimônio produtivo ao longo da vida profissional, particularmente da classe média, mediante a poupança, requer a renúncia ao consumo hoje em favor do futuro, antes que se chegue à idade madura, ou seja, penaliza duplamente, porque compara com o passado, em geral melhor, e posterga desejos de uma velhice tranqüila, sem garantias de vir a usufruí-la. Assim, o idoso continua como consumidor de bens e serviços e é importante contribuinte para a economia geral, após o afastamento do trabalho. Há um embate na tentativa de equilíbrio entre ciclos virtuosos dinâmicos e compatíveis às realidades demográfico-epidemiológicas, sócio-culturais, para a sustentabilidade econômico-financeira da previdência, e o atendimento aos anseios de uma aposentadoria com regras que dê estabilidade ou segurança duradoura. A seguridade assenta-se na conjunção de esforços da sociedade como um todo, redistribuídos pelo Estado – a Previdência Social; das empresas e seus empregados – a Previdência Complementar; e do indivíduo com suas economias pessoais – a Poupança Individual. As associações entre esses princípios vêm sendo incentivadas a partir dos anos 80, principalmente de um mix das duas últimas, na ex-

pectativa de sanar os alegados déficits, e coerente à política de desestatização (24).

Segundo SOUCHOIS (42), “a velhice não precisa nem deve ser um tempo de dor e sofrimento. É o período da vida em que de fato se pode ‘viver’, pois é quando se tem o tempo disponível e a sabedoria para aproveitá-lo”, e a sabedoria da velhice reside em saber vivê-la com dignidade. Os profissionais de saúde, entre eles o odontogeriatra, têm a responsabilidade de trabalhar para oferecer a qualidade de vida necessária para que se possa viver esta etapa integralmente.

A Odontologia, a senescência e a aposentadoria

“Última cena... é a segunda pueridade e puro esquecimento; sem dentes, sem olhos, sem gustação, sem tudo.” [Excerto de peça de Shakespeare.

Montenegro Brunetti (7)

O Brasil, como outros países ditos em desenvolvimento, principalmente, beneficiam-se e padecem de inúmeros processos de transições. A transição demográfica caracteriza-se pela coexistência de uma população com elevado número de indivíduos idosos e jovens, e a epidemiológica, de doenças não-transmissíveis ou crônico-degenerativas com as infecciosas, negligenciadas, grosso modo. O envelhecimento populacional associado a esse perfil epidemiológico aumenta a demanda por serviços de saúde, requerendo transformações que nem sempre vêm acompanhadas de garantia ou qualidade no aten-

dimento às diversas necessidades desse grupo etário (34, 40).

Dentre as várias áreas da saúde, a Odontologia apresenta entre outras particularidades, o fato de seus serviços não serem historicamente ofertados a esse grupo populacional, que, da mesma forma para a população adulta, possui elevada perda total de dentes (edentulismo), alta prevalência de cárie e doenças periodontais. O edentulismo nesta fase da vida é aceito como um fenômeno “normal”, “natural”, que acompanha o envelhecimento, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde destinadas à população adulta para a manutenção dos dentes até idades avançadas (12).

Os dados obtidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (23) constituem importante referencial para uma leitura do quadro sócio-demográfico da população brasileira, oferecendo subsídios valiosos enquanto instrumento de vigilância em saúde, o que facilita a compreensão do quadro de saúde, inclusive a oral, particularmente de idosos. Os resultados mostraram que a utilização de serviços odontológicos pela população brasileira de uma maneira geral é baixa, com somente 33% visitando o dentista em menos de um ano.

Um estudo baseado em dados da PNAD/98 (30) delineou o perfil do idoso brasileiro. A renda média foi quase R\$ 333,00, e 64% eram referência financeira no domicílio. Pouco menos de 23% relataram saúde boa ou muito boa e só 15% deixaram de realizar tarefas cotidianas nas duas últimas semanas por motivo de saúde (doença). A maior parte deles referiu ter pelo menos uma doença crônica, ser independen-

te para realização das atividades da vida diária, ter realizado mais de três consultas médicas no último ano e consulta odontológica há mais de três anos. Dos entrevistados, praticamente 27% possuíam plano de saúde privado. As melhores condições de saúde, capacidade física e acesso aos serviços de saúde foram relatados por idosos com melhor nível de renda (maior que 67% do salário-mínimo, sendo este, na época, igual a R\$ 130,00). Os gastos com medicação corresponderam a 23% do salário mínimo (29).

No levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal realizado em uma amostra de 5.349 idosos, constatou-se que o número de dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados, verificado por intermédio do índice CPO-D, aumenta com a idade, passando de uma média de 20,1 na faixa etária de 35 a 44 anos, para a média de 27,8 na faixa etária de 65 a 74 anos. O componente perdido foi responsável por, aproximadamente, 93% do CPOD nos idosos, no entanto, a meta da Organização Mundial de Saúde e da Federação Dentária Internacional, para o ano 2000, era de 50% da população idosa com vinte dentes ou mais presentes na boca. Quanto à necessidade do uso de prótese, 56,0% e 32,4% necessitavam de prótese inferior e superiores, respectivamente, sendo a prótese total a que apresentava maior necessidade, entre os procedimentos de reabilitação oral, indicando a alta prevalência de edentulismo. Apesar disso, 46% desses idosos consideraram sua saúde bucal como boa. Quanto ao acesso ao serviço odontológico, quase 70% dos idosos pesquisados não iam ao dentista há mais de três anos

e 5,83% nunca foram atendidos. Quanto ao tipo de serviço utilizado, 40,50% relataram o serviço público e 40,26% serviço privado liberal (5).

O baixo uso de serviços odontológicos pela população idosa é preocupante porque: a) o número de pessoas idosas que está mantendo sua dentição natural está crescendo, provocando um aumento da necessidade de cuidados odontológicos; b) favorece a perda de oportunidades de diagnóstico precoce de sérias patologias bucais, dentre estas o câncer bucal; c) pessoas sem dentes naturais ou que fazem uso de próteses totais também perdem a oportunidade de avaliação da necessidade ou substituição dessas próteses (30). Por outro lado, a menor frequência de visita ao dentista entre idosos pode estar refletindo a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos ou uma percepção de não necessidade, devido ao edentulismo. Outro fator que pode ter grande influência no menor uso desses serviços por idosos é a grande necessidade por tratamento protético, raramente oferecido no serviço público, e que em consultórios particulares, devido ao custo, está acessível a uma pequena parcela da população. Aos poucos, esta realidade tende a ser modificada com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, que busca ampliação e qualificação da Atenção Básica, mediante a inclusão de procedimentos mais complexos como a reabilitação protética (6).

Para compreender o atual quadro em que se encontram as condições de saúde bucal dos idosos, torna-se necessário considerar que esse grupo populacional carrega a herança de um

modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras. A transformação das práticas de saúde bucal com a superação do modelo assistencial, “paternalista” e “viciado”, em direção a um modelo de atenção em saúde, com co-responsabilidade, participante e democrático, constitui-se em uma tarefa bastante complexa. Por outro lado, tal mudança é necessária, considerando o caráter essencialmente sócio-político do processo saúde-doença bucal. As estratégias desta mudança requerem abordagens intersetoriais e uma concepção pluralista do trabalho em saúde bucal coletiva, na qual a população assume um papel transformador.

A economia contribui marcadamente para a construção de um perfil de saúde bucal e de hábitos de cuidado bucal entre as pessoas (22). Os efeitos benéficos de uma rede de apoio social dependem, sobretudo, de sua capacidade de suprir vários recursos para o indivíduo. O suporte social destina-se a integrar o idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social, seja por meio das redes de apoio social ou mediante a construção e viabilização de políticas públicas (2). Neste contexto, a Odontologia deve atuar como um agente de integração na sociedade, influenciando o suporte social, na medida em que mantém a saúde bucal do idoso, possibilitando a este uma aparência agradável, melhor auto-estima, maior capacidade de fonação, oralidade, além de contribuir para a integração do idoso ao meio social.

Considerações Finais

Na década de 1980, surgia um novo padrão populacional, que perdura desde os anos 90 e ca-

racteriza as transições demográfica e epidemiológica (25). Em 1993 (22), chama-se atenção para os diferentes atores envolvidos na problemática da velhice, como a Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria, e agregando as representações sociais ou mesmo o imaginário coletivo, dos próprios idosos analisados. Fica clara a associação da senioridade com as políticas sociais, o Estado, e particularmente o trabalho, que trata a aposentadoria enquanto uma extensão do direito universal, reconhecido pela Organização Internacional do Trabalho. Estes são alguns dos *leit motiv* da inter-relação entre velhice e saúde, mais precisamente com as corporações profissionais e institucionais, por exemplo, a Odontogeriatría, programas de saúde do idoso, além de objeto de estudos inclusive de outras ou novas áreas conexas do conhecimento, como a bioengenharia, a ergologia (34).

Uma das questões cruciais é a crescente pauperização, ou diminuição do poder aquisitivo da própria classe média, que daria sustentabilidade aos planos previdenciários, de saúde, particulares ou públicos. A maioria das famílias ou trabalhadores é obrigada a fazer constantes repriorizações de suas necessidades. A Carta da República, divulgada como a “Constituição Cidadã”, instituiu no Capítulo da Seguridade Social o “caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”. Reside aí uma das estratégias de gestão que possibilita co-responsabilização, empoderamento, mas

a se estender à sociedade civil organizada. Esses ganhos dão-se através de lutas e contradições, bem como retrocessos, conforme a conjuntura político-social. O SUS avançou com seus conselhos municipais, estaduais e nacional que têm cumprido exitosamente essa determinação, de modo geral; o que só há pouco ocorre em outros setores, como na Previdência. Analogamente ao SUS, que dispõe de um órgão regulador que vem ganhando certo reconhecimento na sociedade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, teria a Secretaria de Previdência Complementar papel similar. A problemática de ambas não se reduz, meramente, à questão gerencial, mas é fundamentalmente de ordem política, econômica, ético-moral. O conceito emitido pela OMS em 1946, saúde não é a simples ausência de doença, mas o estado de completo bem-estar físico, mental e social, continua a requerer estudos e ações, como preconizam o SUS e outros órgãos historicamente comprometidos.

Espera-se que o capital acumulado da previdência auxilie investimentos no setor, contudo, estudos mostram que o incremento de assegurados com previdência privada não necessariamente melhora o serviço de atenção à saúde, parte influenciados por questões gerenciais e culturais, como desvios, etc. (11, 26).

A incidência de alta carga tributária e desleal ágio ao fisco não invalidam a modernização da previdência e a ampliação da complementar, mas as comprometem, limitando os esperados alcances sociais, que têm sido alardeados equivocadamente como causa de desenvolvimen-

to em alguns países, exemplificado na América do Sul, com o Chile. Em casos específicos, como de docentes federais, as incongruências se acumulam nos últimos dez anos a ponto de ferir determinados princípios jurídico-constitucionais, por uma política de governo/Estado que transformaria opção em obrigatoriedade (1, 9). A manter esse quadro, repercussões acontecerão com as demais categorias profissionais, como os da saúde, que em seu interior apresenta disfunções e mudanças em seu mercado de trabalho, em destaque, o processo de assalariamento dos dentistas, que deve aumentar, tal como ocorreu com a classe médica em décadas passadas (36). Mesmo com recuperação e surgimento de novos grupos populacionais em condições de pagar os honorários ou planos de saúde, são favoráveis à população o crescimento da mão-de-obra especializada para

o serviço público, atendendo propostas como do Projeto Brasil Sorridente, em especial na estratégia Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas (10, 15, 16).

A questão da saúde sofre os efeitos diretos dessas macropolíticas, que interferem no cotidiano da vida de todos, até porque não tão raramente, após a aposentadoria ou na velhice é quando se manifestarão ou agravarão os problemas de toda ordem (4, 14). Teses nessa linha vêm surgindo, traçando propostas em nível de micropolíticas, que trabalha a transversalidade e transforma desejo em ação (20, 31). Fonte bem explorada na literatura, especialmente da saúde coletiva, os temas sobre os determinantes sociais da saúde é objeto de análise e discussão desde 2004, da OMS, e 2006, dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, da Previdência Soci-

al, entre outros atores sociais (13, 19). Com esse escopo, cabe preocupação e intervenções sobre a saúde do trabalhador, da pessoa idosa e, por conseguinte, sua saúde bucal. A abordagem totalizante requer novas *démarches*, como o da condição de vida e trabalho desses grupos sociais (18, 33), bem como de questões éticas envolvidas (27).

Abordar essas questões crê-se de suma importância tanto para o profissional que tem uma nova área de atuação, a odontogeriatrics, e outra emergente, a "Odontologia do trabalho", quanto a ele próprio, pois precisará estar protegido ao alcançar sua aposentadoria. Impõe-se assim, a conscientização, a educação em saúde da comunidade, para se enfrentar os custos sócio-econômicos de sua saúde, física, mental, bucal, e sua manutenção, com uma melhor qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. ADUFRJ. Docentes do CAp discutem aposentadoria. In: Jornal da ADUFRJ. Disponível em: <http://www.adufrj.com.br/site/arquivos/publicacao/070626.pdf>. Acesso em: 26/06/2007.
2. ARAÚJO, S. S. C. *et al.* Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 10, n. 19, p. 203-216, jan./jun., 2006
3. BLACKBURN, R. org. *Depois da queda*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
4. BRASIL. Regulamentação da Lei que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm
5. 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, 2004.
6. BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 11/02/2005.
7. BRUNETTI, R., MONTENEGRO, F. L. B. *Odontogeriatrics - Noções de Interesse Clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
8. CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. *Envelhecimento, Pobreza e Proteção Social na América Latina*. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.
9. CANO, W. A Reforma da Previdência: uma nota crítica, 2003. Disponível em: <http://www.dca.ufrn.br/~ricardo/files/Ref.Prev.Adun.W%20CanoII.pdf>
10. CHAVES, M. M. *Odontologia social*. 3ª ed., São Paulo: Artes Médicas, 1986.
11. COLOMBO, F., TAPAY, N. Le assicurazioni sanitarie private nei Paesi OCSE, Quaderno 2, 2005. Disponível em: <http://www.newwelfare.org/?p=290>
12. COLUSSI, C. F., FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 18, p. 1313-1320, 2002. Disponível no SciELO.
13. COMISSÃO Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>
14. CONFERÊNCIA Nacional de Direitos do
- Idoso. *Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006. Acesso em 25/07/2007. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm.
15. CONSELHO Nacional de Saúde. *3ª Conferência de Saúde Bucal*. Brasília: MS, 2004.
16. COSTA, J. F. R. *et al.* *A política nacional de saúde bucal do Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Acesso em 25/07/2007. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie_tecnica_11_port.pdf
17. DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Salário mínimo e distribuição de renda*, 2006. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatecSMDR.pdf>.
18. DIESAT. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (publ. ofic.). *Pelo direito de mastigar. Saúde e trabalho*, v. 4, n. 1, p. 11, Jan./Mar., 1984.
19. GARRAFA, V. *Contra o monopólio da saú-*

de. Rio de Janeiro: Achiamé 1983.

20. GUATTARI, F., ROLNIK, S. *Micropolítica. Cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 2005. Disponível em: www.traficantes.net/index.php/trafis/content/download/16246/176321/file/micropolitica.pdf.

21. HADDAD, E. G. M. *O direito a velhice: os aposentados e a previdência social*. São Paulo: Cortez, 1993.

22. HANSON, B. S., LIEDBERG, B., ÖWALL, B. Social network, social support and dental status in elderly swedish men. Community. Dentistry. Oral Epidemiology., v. 22, n. 51, p. 331-337, 1994.

23. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-Análise de Resultados 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm.

24. INTERNATIONAL Association for the Study of Insurance Economics 2005. Acesso em 07/02/07. Disponível em: http://www.genevaassociation.org/four_pillars.htm.

25. IPEA. Sobre a Recente Queda da Desigualdade de Renda no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/NTquedaatualizada.pdf>.

26. JARDIM, M. A. C. *A previdência social e o mercado de previdência privada: um olhar sociológico*, 2003. Disponível em: <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/revista/artigos%205/maria.pdf>.

27. KOTTOW, M. Senescencia y protección. *Cad. Saúde Pública*, v., 20, n. 5, Sept./Oct., 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500004.

28. LEME, L. E. G. *O envelhecimento: mitos e verdades*. São Paulo: Contexto, 1997.

29. LIMA-COSTA, M. F., BARRETO, S. M., GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 735-744, 2003.

30. MATOS, D. L., GIATTI, L., LIMA-COSTA, M. F. 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*, v. 20, n. 5, p. 1290-1297, set./out., 2004.

31. MOREIRA, M. M. S. *Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento*. RJ, 2000. Dissertação de mestrado - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

32. OLIVEIRA, F. E. B. et al. *Reforma estrutural da previdência: uma proposta para assegurar proteção social e equidade*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/1999/td_0690.pdf.

33. ORBAN, E. L'espace public-Individu, marché et politeia. *Psicologia Política*, v. 6, n. 11, p. 139-168, Jan./Jun., 2006. Disponível em: [http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/policopol/volumes/pub/rpp_6\(11\).pdf](http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/policopol/volumes/pub/rpp_6(11).pdf).

34. PAIVA, P. T. A., WAJNMAN, S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. *R. Bras. Est. Pop.*, v. 22, n. 2, p. 303-322, jul./dez., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v22n2/v22n2a07.pdf>.

35. PEGO, R. A. El envejecimiento en la agenda de La Conferencia Interamericana de Se-

guridad Social - 1989-2007. *Riv. CIESS* 12. Disponível em: <http://www.cieess.org.mx/produccionEditorial/pdfs/Revista12.pdf>.

36. POSSAS, C. de A. *Saúde e trabalho – a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

37. QUADROS, W. J., ANTUNES, D. J. N. Classes sociais e distribuição de renda no Brasil dos anos noventa. *Cads. Cesit*. Acesso em 30/10/2001. Disponível em: http://www.econunicamp.br/cesit/download_cesit/cadernodoCESIT30.pdf.

38. SALM, C. Sobre a Recente Queda da Desigualdade de Renda no Brasil: uma leitura crítica. In: Barros, R. P. et al. *Desigualdade de Renda no Brasil*. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/desigualdaderendanobrasil/Cap_08_Sobrerecentequedadesigualdade.pdf. Acesso em 2007.

39. SANTANNA, J. J. Adaptação do balanço patrimonial de entidades de previdenciária privada ao modelo dinâmico de análise de gestão financeira. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/7295.pdf>. Acesso em 2004.

40. SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 9, n. 4, Oct./Dec., 2004. Disponível no SciELO.

41. SOARES, S. S. D. Distribuição de renda no Brasil de 1976 a 2004 com ênfase no período entre 2001 e 2004. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1166.pdf. Acesso em 2006.

42. SOUCHOIS, H. *Odontogeriatría*. São Paulo: Ed. Santos, 2005.

43. WHO. Healthy life expectancy. Disponível em: <http://who.int/whr/2003/en/Annex4-en.pdf>.

Recebido em: 27/05/2008

Aprovado em: 26/09/2008

Iracema Souza Dottori Von Uslar

Rua Alfredo Pacha, 367

Araruama/RJ – CEP: 28970-000

E-mail: cemavon@uninet.com.br