

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), instituído em 1994 pelo Ministério da Saúde, vem sendo implantado em todo Brasil como importante passo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e reordenação do modelo assistencial. Posteriormente definido como estratégia, conforme Cericato (2007) reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Assim esta estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Para Andrade e Ferreira (2006), desde a sua criação, o número de municípios que implantou o PSF cresceu exponencialmente. No município de Conselheiro Lafaiete, o PSF teve seu início durante o ano de 1998 quando 05 Equipes de Saúde da Família (ESF) foram implantadas efetivamente. Desde então, o programa tem passado por várias modificações ao longo de sua consolidação, sendo uma delas a criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Em 28 de dezembro de 2000, o Ministro de Estado da Saúde, com objetivo de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção, regulamentou a Portaria nº. 1.444/GM, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, criando incentivo destinado ao financiamento de ações e a inserção de profissionais da área odontológica (Ministério da Saúde, 2001).

Nos municípios com até cinco mil habitantes, a previsão é ter uma equipe de saúde bucal para cada equipe de Saúde da Família. Já nas cidades com mais de cinco mil habitantes, o plano prevê uma equipe de saúde bucal para duas equipes de Saúde da Família. A carga horária de trabalho desses profissionais é de 40 horas semanais (Ministério da Saúde, 2001).

No entanto, “a inclusão de profissionais da saúde bucal no PSF se iniciou efetivamente nos primeiros meses de 2001 e caracterizou-se por uma ampliação no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país” (Medeiros, 2007).

De acordo com (Ministério da Saúde, 2002),

“... por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se através desta estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar. A inclusão de equipes de saúde bucal no PSF surgiu como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, objetivando diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas”.

Assim, uma importante iniciativa do Ministério da Saúde foi determinar a incorporação das ações em saúde bucal no PSF e, em consequência, a ampliação das ESB compostas pelo Cirurgião-dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), na equipe modalidade I com a inclusão do Técnico de Higiene Dental (THD) na equipe modalidade II, com vistas a proporcionar o acesso, o planejamento e a viabilidade de uma Odontologia de qualidade no SUS.

Em Conselheiro Lafaiete, cidade situada na zona metalúrgica de Minas Gerais, com população estimada de 114.547 habitantes, 22ª cidade mais populosa do estado, a implantação do PSF ocorreu em 1998. Possui atualmente 24 Unidades do Programa de Saúde da Família distribuídas no município, sendo todas elas implantadas na área urbana. Conta hoje com 71,8% da população atendida pelo PSF, com ações voltadas à prevenção e recuperação da saúde do recém-nascido ao idoso, controle de hipertensos, diabéticos e diminuição dos índices de desnutrição. As atividades exercidas vão desde atendimento ambulatorial com a realização de consultas, pequenas cirurgias, pré-natal, imunização, visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, participação nos eventos das comunidades e articulação com os demais setores do município.

A incorporação de atividades de Saúde Bucal no PSF iniciou-se em 2007, realizando procedimentos com ênfase na orientação para a escovação, higienização e para alimentação adequada, bem como ações curativo-restauradoras. De 10 ESB credenciadas pelo Ministério da Saúde através da portaria nº. 3.330, de 28 de dezembro de 2006, a receberem incentivos mensais para o desenvolvimento das atividades odontológicas no PSF, foram implantadas efetivamente no início do mês de junho de 2007, 04 Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família sendo três ESB modalidades I e 01 ESB modalidade II, incorporando assim os profissionais da saúde bucal, nas Equipes da Saúde da Família

das unidades de PSF do São João I, São João II, Santa Cruz e Carijós, com o percentual de 36,4% da população coberta pela respectivas ESB.

Lidar com as demandas e as necessidades de indivíduos, famílias e comunidades principalmente com efetividade na área de saúde bucal foram os motivos que influenciaram na escolha do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. As diversas vantagens da educação a distância oferecidas pela estrutura do curso em questão, também foram fatores que contribuíram para a escolha da especialização o que proporcionou o aprimoramento da carreira com qualidade, praticidade, flexibilidade de estudo e economia, principalmente porque ela possibilitou atender a públicos alvos que pelas suas especificidades dificilmente teriam possibilidade de ser atendidos pela educação presencial. Por estar exercendo uma função gerencial no cargo de Coordenador Municipal de Saúde Bucal e fazendo, portanto, parte de uma equipe de saúde, a procura pelo referido curso foi fortemente influenciada pela possibilidade de adquirir conhecimentos para buscar alternativas com vistas a promover transformações que possam melhorar as ações a fim visando melhores resultados para as populações assistidas. Acreditar que este curso “cumpra seu importante papel na consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um SUS, universal e com maior grau de equidade” (Faria et al., 2008), foi fundamental para a escolha de tal investimento.

Intervir no processo de trabalho para definir as melhores alternativas para o enfrentamento dos problemas de saúde das comunidades constitui a maior motivação para escolha do problema/situação como tema do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Assim, é desejado que este trabalho sobre o cuidado à saúde bucal dos idosos possa contribuir no debate sobre as diretrizes para a política municipal de saúde seja efetivamente inclusiva, no que diz respeito à participação e garantia de direitos da população idosa, portanto promotora de saúde e do envelhecimento saudável.

A prática odontológica está intimamente relacionada ao indivíduo e, dependendo de suas condições, pode causar impacto negativo no bem-estar geral do ser humano. Ressalta-se, no entanto, que a luta pela democracia e pela extensão da cidadania no processo de construção do Sistema Único de Saúde, via descentralização/municipalização, impulsionou mudanças nas práticas e nas concepções sobre o que deve fazer a odontologia brasileira.

Talvez aí resida o grande desafio à incorporação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. Silveira Filho (2002) “aponta para o desafio de tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos, independentemente da idade, escolaridade ou classe social”, um desafio anterior à própria formulação da estratégia de saúde da família, que traz nada além de uma maneira, de uma forma de reorganizar a atenção básica à saúde, consolidando nas ações da prática em saúde bucal, no nível da atenção básica, a validação dos princípios constitucionais do SUS.

A abordagem de pacientes idosos difere daquela direcionada à população em geral, pois o envelhecimento leva a alterações fisiológicas que predis põem o idoso a apresentar, com frequência, condições patológicas típicas do envelhecimento, o que requer maior cuidado por parte dos profissionais de saúde.

Dentre os diversos aspectos da saúde, a saúde bucal merece certo destaque, pois os serviços odontológicos não priorizam o atendimento aos idosos da mesma forma que aos adultos. Esse fato se comprova pelos altos níveis de perda total de dentes (edentulismo) e alta prevalência de cárie e de doenças periodontais na população idosa. De acordo com Almeida et al. (2007), um estudo internacional constatou que a cárie pode ser considerada o principal problema de saúde bucal das pessoas com mais de 60 anos. Outro fator a ser considerado é que a saúde bucal do idoso muitas vezes tem sido relegada ao esquecimento quando se discutem as condições de saúde da pessoa idosa.

Constituem objetivos do presente trabalho, avançar na organização da atenção básica em Conselheiro Lafaiete, MG, que a partir da inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família, as ESB implantadas no município possam assegurar o acesso progressivo às ações de promoção e de prevenção, bem como as de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal, expandindo assim a cobertura com resolubilidade. Para organização desse modelo é fundamental que sejam organizadas, as “linhas de cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar corretamente, com o sistema de referência e contra-referência estruturado. Acima de tudo esse trabalho visa adequar um plano de intervenção, para que o acesso à atenção odontológica da população idosa nas Equipes de Saúde Bucal implantadas no

município seja garantido e ampliado, com a perspectiva de melhorar a saúde bucal e o bem-estar do idoso, com vistas a proporcionar a este uma aparência agradável, melhor auto-estima, maior capacidade de fonação, além de contribuir para sua integração ao meio social.

Portanto, as alterações operacionais previstas nesta proposta de intervenção fazem parte de uma estratégia a ser adotada, para que as ESB incorporadas às Equipes do PSF possam avançar de forma planejada na cobertura dos idosos das áreas adstritas buscando progressivamente a constituição de novos padrões de saúde bucal para esta população. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar e contribuir de maneira efetiva, para que os profissionais lotados nas ESB implantadas, bem como para as futuras implantações previstas tenham melhores condições de desenvolver estratégias específicas, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos que participam do PSF no município de Conselheiro Lafaiete, MG.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Conhecer alguns aspectos da saúde bucal dos indivíduos com 60 anos ou mais nas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família implantadas no município de Conselheiro Lafaiete e propor um plano de intervenção, para que o acesso à atenção odontológica desta população seja garantido e ampliado, com a perspectiva de melhorar a qualidade de vida desta população.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os problemas mais comuns de saúde bucal dos idosos nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas no município.
- Discutir a situação atual da atenção em Saúde Bucal ofertada aos indivíduos com 60 anos ou mais nas respectivas ESB da Estratégia Saúde da Família.
- Propor e organizar formas de intervenção no atual modelo, com a finalidade de promover melhorias na saúde e o bem-estar do idoso.
- Contribuir no debate sobre as diretrizes operacionais, para que a política municipal de saúde bucal seja efetivamente inclusiva no que diz respeito à participação e garantia dos direitos da população idosa, com vistas a garantir para esta faixa etária um envelhecimento saudável.
- Sugerir subsídios as ESB incorporadas às Equipes do PSF, de modo a possibilitar que elas possam avançar de forma planejada, na cobertura dos idosos das áreas adstritas buscando progressivamente a constituição de novos padrões de saúde bucal para esta população.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Transição Demográfica

O século XXI, conforme Chaimowicz (2009) será marcado por profundas transformações da estrutura populacional em diversos países, inclusive o Brasil. Resultado de conquistas sociais e políticas e da incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento populacional ocupará posição de grande destaque dentre os acontecimentos.

Ainda de acordo com o autor, “o aumento da proporção de idosos é um fenômeno global; à exceção de alguns países africanos, todo o mundo encontra-se em algum estágio deste processo. Este aumento também não é um fenômeno repentino ou inesperado; pelo contrário, resulta das transformações demográficas ocorridas nas décadas pregressas, motivo pelo qual, na maioria dos países, será um processo inexorável. Tampouco se trata de um fenômeno isolado; invariavelmente está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações”.

O processo de envelhecimento, no Brasil, no entendimento de Hebling e Rodrigues (2006), é considerado irreversível e de acelerada evolução, refletindo a rapidez com que declinam as taxas de fecundidade e aumentam as de estimativa de vida de nossa população nas últimas décadas. Estima-se que, em 2025, serão mais de 33 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, compondo a sexta maior população idosa do mundo e representando quase 15% dos brasileiros. Esse processo é observado em todo o mundo.

Para Monti et al. (2006), “o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (mais de 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em 40 anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020.

De acordo com Rodrigues (2002), o Brasil já não é um país de jovens. Em 1990, os idosos representavam 3,2% da população geral. Dados do censo 2000 (IBGE, 2000) revelam que

atualmente o número de indivíduos acima de 60 anos é de 14.536.029 milhões, e a previsão é de que, em 2025, este número possa atingir 32 milhões, o que representará 13,8% da população geral. Isto fará com que o país tenha a sexta população do mundo em número de idosos.

Segundo Guerra e Turini (2001), no Brasil, especificamente, verifica-se uma tendência de aumento da esperança de vida, devido a melhores condições sociais, aumentando o topo da pirâmide etária, sendo que concomitantemente, observa-se uma diminuição da base da pirâmide etária provocada pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade infantil. Isso faz com que o grupo populacional de idosos brasileiros, que em 1950 era de 2,1 milhões de pessoas, deva chegar ao ano de 2025 com 31,8 milhões, ou seja, em 75 anos a população brasileira deve aumentar 15 vezes, enquanto a população total deve crescer 5 vezes.

Assim, de acordo com Saintraim e Vieira (2008), o envelhecimento da população brasileira e a mudança na sua estrutura etária requerem das políticas públicas e dos profissionais de saúde atitudes definidas na abordagem de atenção à saúde com ênfase no trabalho interdisciplinar.

3.2 Transição Epidemiológica

O conceito de “transição epidemiológica”, de acordo com Chimowicz (2009), foi criado há 30 anos pelo epidemiologista Abdel Omran e se refere à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais. O autor ao informar sobre a análise do perfil de morbidade e mortalidade que vem ocorrendo no Brasil aborda as características da transição epidemiológica, suas peculiaridades no país e sua relação com o envelhecimento da população afirmando que o processo engloba as seguintes mudanças básicas que provavelmente estão ocorrendo com a população em sua área de abrangência:

1. A substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas dentre as primeiras causas de morte;
2. O deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos;

3. A transformação de uma situação de predomínio de mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

Portanto, enfatiza em sua análise que, há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. O novo perfil demográfico brasileiro associado ao envelhecimento populacional acarretou mudanças nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade. Juntamente com o envelhecimento populacional, Moreira et al. (2006) afirmam que a transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento de doenças crônico-degenerativas em detrimento das infecto-contagiosas, resulta no aumento da demanda dessa população por serviços de saúde.

Concomitante à ocorrência de doenças infecto-contagiosas, cresce a prevalência das enfermidades crônicas não transmissíveis e, portanto, a importância dos respectivos fatores de risco, que requerem ações preventivas. A mudança de padrão não é diferente na saúde bucal na qual, a exemplo da situação de saúde geral, o perfil epidemiológico da saúde bucal da população brasileira também tem sofrido alterações, principalmente nos níveis de cárie dentária, a doença bucal mais prevalente (Mello et al., 2008).

No entendimento de (Vargas et al., 2009),

“... o processo de transição demográfica, que tem resultado em um marcante fenômeno de envelhecimento populacional, traz consigo conseqüências para a área de saúde, pois gera uma importante transição epidemiológica. Entre essas conseqüências, já tem sido amplamente apontado o fato essa transição resultar em um aumento de agravos à saúde de longa duração, como as doenças crônicas não transmissíveis. Pouco se fala em relação à precariedade das condições de saúde bucal dos idosos, apesar de dados do SB Brasil, inquérito de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, apontar uma alta taxa de edentulismo. Talvez porque a perda de dentes ainda é vista pela sociedade brasileira como uma conseqüência normal do envelhecimento e não como resultado de falta de ações preventivas e de promoção da saúde. A carência dessas ações, entre outros motivos, pode ser relacionada ao fato dos profissionais de saúde, muitas vezes preocupados com a saúde de uma forma geral, esquecerem de fazer uma boa verificação do estado de saúde dos dentes e da boca”.

Diante desses fatores, a saúde bucal do idoso brasileiro encontra-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo, refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitado a extrações em série e serviço de urgência, baseados no modelo curativista (Moreira et al., 2006).

No entanto, conforme Veras et al. (1987), o interesse das ciências de saúde sobre este grupo populacional tende a aumentar e obrigará os profissionais e serviços de saúde a estarem preparados para o trabalho com estas pessoas. Ainda de acordo com (Guerra e Turini, 2001), a odontologia neste contexto tem o papel de manter as pessoas em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem criem repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo.

3.3 Caracterização e avaliação funcional do idoso

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983) classifica a população da terceira idade de acordo com o desenvolvimento do país, no qual o indivíduo está inserido. Em países desenvolvidos, são aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais.

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos, existindo uma legislação específica do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº. 8.842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996). É esta legislação que regulamenta a Política Nacional do Idoso e prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso. Nesta política está contemplada a questão da saúde e assistência social, à qual todo idoso tem direito.

Para alguns autores e a OMS a classificação cronológica do idoso é considerada questionável, porque a heterogeneidade entre pessoas de 60 anos ou mais é a maior dentre todos os grupos etários, sendo que, para estes a condição funcional desses indivíduos é mais importante que sua idade. Na avaliação da condição funcional, normalmente são utilizadas escalas como as de “Atividades de Vida Diária” (AVD) e “Atividades Instrumentais de Vida Diária” (AIVD). A partir dos dados obtidos com a utilização destas escalas, os idosos são classificados em: independentes, fragilizados ou semi-dependentes e dependentes (Vargas et al., 2009).

Em relação às escalas para avaliação funcional do idoso, (Rodrigues, 2005) destaca que baseado no conceito de autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em 3 grupos:

1. Funcionalmente independente - são indivíduos sadios, que podem apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

2. Parcialmente independente - são indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, o que faz com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de suporte.

3. Totalmente dependente - são aqueles, cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Avaliação das atividades diárias de higiene bucal (ADHB)

Apresentado o conceito de AVD e reconhecendo a importância da capacidade funcional para a qualidade de vida dos idosos, Vargas et al. (2009) destaca que é de suma importância pensar em como avaliar a capacidade para o autocuidado bucal, considerando a saúde bucal do idoso. Como o tratamento e controle das principais doenças bucais estão relacionados à manutenção de níveis adequados de higiene bucal, incapacidades que dificultem ou impeçam os cuidados bucais devem ser resolvidas por meio de medidas de reabilitação interdisciplinares ou de capacitação de recursos humanos para realizá-las. A avaliação de idosos que apresentam incapacidades para as AVD deve iniciar pela avaliação das atividades diárias de higiene bucal (ADHB). Nos casos em que não for possível a reabilitação para o autocuidado bucal, é necessário o treinamento dos cuidadores para esta atividade. Para realizar a ADHB sugere-se a utilizar o índice de atividades diárias de higiene bucal (IADHB) desenvolvido por Bauer (2001).

3.4 O Envelhecimento

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, as pessoas da 3ª idade são, geralmente, ignoradas como recurso quando, na verdade, constituem recurso importante para a estrutura das nossas sociedades (OPAS / OMS, 2005).

Para Habib e Caldas (2008), sendo o processo de envelhecimento do ser humano de natureza multifatorial, envolvendo diferentes e individualizadas vertentes físicas, psíquico-emocionais, socioculturais e existenciais, é ressaltado que o processo de envelhecimento na vida dos indivíduos permanece ainda, como um dos pontos mais complexos, obscuros e críticos para a ciência. Em nosso entendimento, isso demonstra a ampla necessidade da elaboração de estudos a este respeito.

(Gato, 2004),

“... define e classifica o envelhecimento de duas formas, em idade cronológica e idade biológica, sendo a idade cronológica os anos de vida de uma pessoa e pode ser dividida em idade jovem, média e avançada; já a idade biológica é baseada na aptidão física e no estado de saúde, sendo avaliada por parâmetros como captação máxima de oxigênio, força muscular e flexibilidade. Comparando a idade cronológica com a idade biológica nota-se que a mesma pode ser alterada com um programa regular de condicionamento físico, sendo assim podemos encontrar pessoas com 65 anos de idade cronológica com aparência de 45 anos de idade biológica, graças a ação de um treinamento de força regular. O envelhecimento não é simplesmente o passar do tempo, nem deve ser visto como uma doença, mas sim como um processo natural de eventos biológicos que ocorrem ao longo dos anos. Infelizmente qualquer coisa nesse planeta envelhece, não somente os seres humanos, sendo assim, deve-se encarar o envelhecimento de forma natural, pois o mesmo tem sido definido como uma perda progressiva das capacidades fisiológicas, levando fatalmente à morte, mesmo assim essas causas permanecem relativamente obscuras. Na verdade nada pode ser feito para impedir o envelhecimento, apenas retardar esse processo que varia entre os indivíduos.

Segundo Ornelas et al. (2008), envelhecer é um processo contínuo no qual ocorre um declínio progressivo de todos os processos fisiológicos do organismo. Os principais fatores que influenciam o envelhecimento são: tempo, hereditariedade, meio ambiente, dieta, estilo

de vida, nível de aptidão física e as doenças crônicas. A interação entre si e seu grau de influência definirão a condição em que alcançaremos determinada idade. Durante o envelhecimento, ocorrem importantes alterações nos vários sistemas, especialmente no cardiovascular, no musculoesquelético e no ósseo, e nas funções psicológicas.

É destacado no pensamento de Habib e Caldas (2008), que o envelhecimento normal apresenta um declínio gradual das funções cognitivas, sendo a perda da memória a que mais se destaca na atenção da população em geral, já que compromete pequenas tarefas relativas às atividades de vida diária.

De acordo com Bulgarelli (2006), biologicamente velhice é interpretada como um processo de diminuição da vitalidade, encontrando-se associadas a modificações anatômicas dos tecidos como hiperplasia celular, desidratação e fibrose. Deste modo, velhice como uma das fases do envelhecimento, faz parte do destino biológico dos seres humanos. Nessa dinâmica biológica, o envelhecimento humano é definido como a incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de descarga funcional, podendo causar uma maior vulnerabilidade aos processos patológicos.

Rodrigues (2002) destaca que o envelhecimento pode ser tanto biológico como patológico. O biológico representa um episódio terminal, geneticamente, determinado pelo desenvolvimento normal, que conduz as imperfeições funcionais, ou seja, algum processo intrínseco, inevitável e irreversível. O aspecto patológico admite duas possibilidades: uma, considera que o envelhecimento é essencialmente um processo auto-destrutivo, auto-imune, no qual o organismo reage imunologicamente contra seus próprios constituintes como se eles fossem estranhos. A segunda admite o envelhecimento como sendo o resultado final do acúmulo progressivo de experiências traumáticas ao acaso, associadas tanto à vida como às doenças.

3.5 Envelhecimento das estruturas da cavidade bucal

Segundo Santos Filho et al. (2008), com o envelhecimento, a cavidade oral apresenta modificações que poderão originar queixas comuns, além de facilitar a presença de doenças e produzir importantes alterações funcionais que podem comprometer mais ainda todo o organismo do idoso e sua qualidade de vida.

Portanto, para planejar e conduzir melhor o tratamento odontológico em idosos é necessário compreender que, assim como todo o organismo, as estruturas bucais sofrem ação do envelhecimento. Os tecidos bucais refletem as alterações da idade, evidenciando aspectos fisiológicos e patológicos dos componentes da cavidade bucal.

3.5.1 Elementos dentais

No que se refere ao envelhecimento das estruturas da cavidade bucal Pinto (1982) destaca que, várias alterações fisiológicas dos elementos dentais se processam durante o envelhecimento, tais como: o desvio mesial dos dentes provocados pela força de oclusão; as alterações de cor (os dentes se tornam mais escurecidos, com tonalidade de amarelo, castanho e cinza); atrito provocado pela mastigação ou por hábitos viciosos, como o bruxismo; superfície dental lisa e polida, devido ao atrito de alimentos e da escovação ao longo de toda a vida.

O esmalte dentário sofre mudanças estruturais, o cemento torna-se mais espesso, o espaço pericementário e o ligamento diminuem ou desaparecem, fazendo com que o dente fique mais rígido no alvéolo, e mais propenso a fraturas. A capacidade pulpar de resposta à injúria diminui devido ao menor número de células e vasos, permitindo que os preparos cavitários e próteses que não comprometeriam a polpa dos mais jovens possam levar a dano irreversível nos mais idosos (Brunetti, 2000).

Mudanças no complexo dentino-pulpar segundo Rodrigues (2002), estão presentes durante o processo de envelhecimento. A dentina torna-se mais esclerótica e menos elástica; ocorre uma mineralização gradual, resultando em obliteração dos túbulos dentinários. Com a deposição constante de dentina secundária e reparadora, quase sempre, ocorre um escurecimento gradual da coroa dental. Duas são as variedades de dentina secundária produzida: uma é considerada normal quando se forma, lentamente, e se distribui sobre as paredes tanto da coroa quanto da raiz, e outra, localizada, com estrutura menos regular; nesta, ocorrem as pressões funcionais sobre os dentes, representando um mecanismo defensivo ou reparador.

3.5.2 Tecidos periodontais

Em pacientes idosos, a diminuição da vascularidade leva à menor capacidade de reparação e proliferação tecidual, tendo, como consequência, mais predisposição à gengivite e à periodontite. Pode-se observar aumento da gengiva inserida e diminuição do seu pontilhado característico e histologicamente, hipoqueratinização e redução do número de células do tecido conjuntivo na gengiva (Barbosa e Barbosa, 2002).

Ao se relacionar doença periodontal e envelhecimento, percebe-se que a resposta do hospedeiro aos microorganismos da placa é alterada com o aumento da idade. A resposta inflamatória da gengiva marginal é mais evidente, o que pode refletir em um mecanismo de defesa local, no qual o hospedeiro compensa, por uma resposta imune menos efetiva, ou, um declínio na efetividade dos leucócitos polimorfonucleares e monócitos na fagocitose. Um fator crítico para a instalação e desenvolvimento da doença periodontal é a diminuição do fluxo salivar causado pela idade e pelo uso de diversos fármacos (Brunetti et al., 1998; Brunetti e Montenegro, 2002).

Segundo Silva et al. (2005), é importante lembrar que o sistema estomatognático, relacionado diretamente a funções vitais como mastigação, fonação, deglutição e respiração, também percorre o caminho do envelhecimento. Uma oclusão mais funcional pode levar a uma expectativa de vida mais longa (Shimazaki et al., 2001).

3.5.3 Glândulas salivares

As glândulas salivares segundo Boraks (2002) reduzem em tamanho e função, podendo promover o surgimento de xerostomia. Outro aspecto importante, ainda de acordo com o autor, é o idoso queixar-se de ardência na mucosa bucal, originada por erosões e úlceras traumáticas propiciadas pela diminuição do teor hídrico, fibrose e perda de elasticidade da mucosa. São também exacerbadas por infecções devido a microrganismos oportunistas.

A redução no fluxo salivar em pessoas de idade avançada é resultado de alterações regressivas nas glândulas salivares, especialmente a atrofia nas células que cobrem os ductos intermediários. Segundo Bulgarelli (2006), a função reduzida das glândulas também

resulta em uma alteração na qualidade da saliva. A saliva mostra uma redução no seu conteúdo de ptialina e um aumento na mucina, tornando-se mais viscosa e de baixa qualidade. Essa redução pode causar a deteriorização da saúde bucal e ter impacto na qualidade de vida do indivíduo. Tal mudança contribui para a formação de saburra lingual, mau hálito, aumento da susceptibilidade a infecções na mucosa bucal (particularmente a candidíase), criando um meio favorável para o crescimento de bactérias cariogênicas, além da pouca tolerância ao uso de aparelhos protéticos (Campostrini e Zenóbio, 2002).

3.5.4 Língua

O paladar possui um papel relevante para a qualidade de vida na terceira idade e suas alterações podem trazer transtornos no controle de dietas e, conseqüentemente, na nutrição do idoso. Estas mudanças são decorrentes da diminuição das terminações nervosas da língua por atrofia das papilas circunvaladas, principalmente após os 60 anos, como também devido à deficiência de higiene Castelhanos et al. (1993). Os mesmos autores afirmaram que a língua, com o envelhecimento, apresenta outras alterações, tais como aspecto liso, plana e com atrofia de papilas; devido a condições resultantes da deficiência de ferro ou de combinações de deficiências causadas por fatores nutricionais.

3.6 Condições de saúde bucal dos idosos no Brasil

No idoso, a intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são um reflexo, principalmente, da sua condição de vida e do acesso à atenção em saúde bucal, com um forte componente social (SES-MG, Linha Guia, 2006).

Quanto aos dados epidemiológicos em saúde bucal dos idosos, um relatório do Ministério da Saúde apresentou dados relativos ao perfil de saúde bucal no Brasil. Trata-se de um relatório descritivo em que se apresentam os principais resultados obtidos no estudo e definidos de acordo com os objetivos do projeto. Entre eles a intenção de subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS (Brasil, 2004).

Portanto, o retrato mais recente da saúde bucal dos brasileiros foi mostrado pelo Projeto SB Brasil (2003). Dentre vários aspectos citados, este projeto explicitou que a população brasileira na faixa etária de 65 a 74 anos possuía 92,95% dos dentes perdidos. Segundo Bulgareli (2006), esta é uma triste realidade, porém, sabe-se que lentamente este perfil vem mudando. Neste contexto, 23,81% da população brasileira necessitava de prótese total inferior, e 16,5% necessitava de prótese total superior. Este mesmo levantamento mostrou que a perda dentária precoce entre os brasileiros é grave e como consequência, tem-se que o edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país. Um percentual de 60,8% dos idosos examinados no SB Brasil não teve a condição periodontal avaliada por serem edêntulos. Portanto, com relação à doença periodontal crônica, pode-se dizer que é a condição bucal mais prevalente encontrada no idoso (Murakami, et al 2007).

Conforme Mello et al. (2008), o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de 2003 revelou que 65,7% dos idosos haviam realizado consulta odontológica há mais de três anos, e 5,8% nunca haviam ido ao dentista. A má condição de saúde geral, status funcional, medo, imagem negativa, escassez de recursos, indisponibilidade de equipamentos e profissionais, atitudes desencorajadoras de cuidadores e familiares, dificuldade de deslocamento e de marcação de consultas são barreiras que explicam a baixa procura. O idoso compõe uma demanda “invisível”, pois muitos deles sequer chegam a procurar o serviço de saúde.

As necessidades odontológicas de idosos segundo Reis e Marcelo (2006) são importantes e amplas. Dados epidemiológicos desse grupo populacional podem atestar a história de vida-saúde e o tipo de atenção recebida em todas as fases da vida. Esses indivíduos apresentam, em geral, um grande número de dentes perdidos e muitos casos em que há necessidade de reabilitações. Os profissionais de saúde se deparam, além do grande acúmulo de carências, com uma insuficiente rede de serviços de saúde, para reverter essa realidade, em função da pobreza material de um largo percentual de saúde.

Portanto, há que se definir prioridades que orientem uma reestruturação do sistema e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal que, em última instância, resultam nestas precárias condições de saúde bucal entre os idosos.

4 METODOLOGIA

Numa das atividades propostas no Módulo de Saúde Bucal – Atenção ao Idoso do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, especificamente para a atividade 2, consistiu em uma oportunidade de se conhecer a situação de um grupo de idosos através de um levantamento das suas condições de saúde bucal. Esse levantamento teve como objetivo não só conhecer as necessidades da atenção odontológica dos pacientes nesta faixa etária como proporcionar subsídios às equipes para a construção de um planejamento sobre as necessidades de intervenção em saúde bucal nos idosos das respectivas áreas de abrangências quanto às reais necessidades de intervenção visando à melhoria da qualidade de vida dos idosos cadastrados.

A atividade proposta neste módulo, conforme (Vargas et al, 2009), objetiva mostrar que, com a identificação dos problemas mais comuns de saúde bucal da população idosa da comunidade, o olhar da equipe se direcione para as possibilidades de intervenção junto a esse grupo populacional e possa contribuir com o planejamento e a organização de ações voltadas para as reais necessidades apresentadas por este grupo.

O presente estudo foi conduzido em de Conselheiro Lafaiete - MG e trata-se de um estudo exploratório. A coleta de dados foi realizada por quatro cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde Bucal São João I, São João II, Santa Cruz e Carijós, implantadas na Estratégia Saúde da Família do município, entre os meses de abril e junho de 2009.

Foram usadas fichas específicas para o estudo e examinados indivíduos com 60 anos ou mais e as seguintes condições foram estudadas: cárie dentária (índice CPO-D), condição periodontal (Índice Peridontal Comunitário – IPC), presença de lesões na mucosa e necessidades de próteses dentárias. Os critérios foram adaptados da proposta da Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 1999), sem que houvesse uma calibração prévia dos profissionais envolvidos.

Foram incluídos no estudo apenas os idosos de 60 anos ou mais de idade, cadastrados nas Equipes de Saúde Bucal da ESF, conscientes e orientados no tempo e espaço, funcionalmente independentes e com suas atividades da vida cotidiana preservadas,

moradores da área de abrangência das referidas equipes de Saúde da Família, e que aceitaram participar da pesquisa por livre vontade.

5 ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PRESTADA À POPULAÇÃO EM CONSELHEIRO LAFAIETE

5.1 Capacidade instalada

O serviço odontológico do município de Conselheiro Lafaiete é gerenciado por uma Coordenação Municipal de Saúde Bucal e conta atualmente, com a seguinte estrutura organizacional:

5.1.1 Estrutura Física

Unidades Odontológicas instaladas em Escolas Públicas	11
Unidades Odontológicas instaladas no PSF	04
Unidades Odontológicas instaladas na área rural	03
Unidade Odontológica instalada na Policlínica Municipal (UPA)	01
Policlínica Odontológica	07
Unidade Odontológica Móvel (UOM)	01
Total de unidades Odontológicas instaladas e em funcionamento	27

5.1.2 Recursos Humanos

- Profissionais Técnicos

Dentistas Efetivos	29
Dentistas Contratados	06
Dentistas Cedidos (SES e MS)	04
Técnicos em Saúde Bucal (SES)	04
Auxiliares em Saúde Bucal	23
Auxiliares em Higiene Bucal	16

- Profissionais Administrativos

Agente Administrativo	01
Auxiliar Administrativo	01
Recepcionistas	02
Auxiliar de Serviços Gerais	02

Total de profissionais	101
-------------------------------	------------

5.2 Panorama das atividades em saúde bucal realizadas no serviço público em Conselheiro Lafaiete

O modelo característico das unidades de atendimento instaladas no município de Conselheiro Lafaiete, ainda se prende ao da odontologia científica (modelo de prática hegemônico ou flexineriano), que prioriza o tratamento curativo, dando ênfase na reparação de lesões, no alívio da dor e na cura das doenças mais comuns (cárie e doença periodontal) segundo normas de significado biológico.

Neste momento o município está buscando reorientar do modelo assistencial, de acordo com uma “demanda organizada”, cujos serviços estão sendo voltados para as necessidades de saúde bucal, identificados na comunidade mediante estudos epidemiológicos e levantamento de necessidades, que possam orientar uma “oferta organizada”, definida no nível local. O município está reorganizando efetivamente as ações de Saúde Bucal na atenção básica, tendo como uma de suas bases, a Portaria nº. 267 de 06/03/2001, com a inclusão das ações de saúde bucal na estratégia Saúde da Família como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção primária, como preconizado pelo Plano Municipal de Saúde Bucal e referendado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Das dez Equipes de Saúde Bucal que foram autorizadas a receber incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família para o município de Conselheiro Lafaiete, através da Portaria GM/MS nº. 3.330 de 28 de dezembro de 2006, 04 estão atualmente implantadas nas respectivas USF (São João I, São João II, Santa Cruz e Carijós), abrangendo 36,5% da população atual assistida pela estratégia de saúde da família, com a produção de procedimentos odontológicos individuais e ações coletivas em odontologia sendo realizadas desde junho de 2007, com uma boa cobertura com os procedimentos odontológicos da atenção básica.

A falta de uma estruturada rede de referência e contra-referência oficializada para a saúde bucal no município, compromete a qualidade da assistência prestada e não assegura à população assistência nos demais níveis de complexidade. Como as 04 Equipes de Saúde Bucal garantem o primeiro contato da população com o serviço de saúde bucal municipal, deve-se garantir resolubilidade dos casos, assegurando-se referência para as necessidades mais complexas e contra-referência com os diferentes níveis do SUS, de modo a “reverter” a lógica do modelo vigente”.

Devido à baixa cobertura de procedimentos especializados em saúde bucal constatada durante o ano de 2008, com registro de apenas 0,69% dos atendimentos odontológicos realizados na Policlínica Odontológica, o serviço odontológico do município não consegue garantir o acesso integral às ações de saúde bucal aos usuários do sistema através dos serviços especializados em odontologia na sua totalidade, de grande parte da população de Conselheiro Lafaiete (município pólo de microrregião) e outros através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Plano Diretor Regional (PDR). Portanto é Imprescindível a implantação de um centro de especialidades odontológicas com vistas a atender uma demanda reprimida por assistência por procedimentos odontológicos de média complexidade, complementando e servindo de referência para as Unidades Básicas de Saúde já existentes.

5.2.1 Atenção à saúde bucal prestada nas unidades instaladas em escolas públicas

Durante muitos anos o trabalho da Odontologia em Saúde Pública no município de Conselheiro Lafaiete concentrou-se na atenção ao escolar, priorizando totalmente suas ações para a faixa etária de 06 a 14 anos. Atualmente, em todas as unidades odontológicas instaladas em escolas públicas (municipais e estaduais), a atenção odontológica curativa ainda está voltada principalmente para atender às demandas de tratamento odontológico aos escolares e em pacientes da comunidade não escolar. O acesso dos escolares ao serviço está condicionado à utilização de uma tabela onde são estabelecidos critérios e codificação segundo necessidades de intervenção individual (cirúrgico-restauradora). Através de exame tátil-visual o cirurgião dentista lotado nas escolas onde estão instaladas as unidades odontológicas, realiza o levantamento de necessidades com a finalidade de classificar e agendar o atendimento individual dos pacientes matriculados na escola, com a respectiva definição de necessidades de intervenção. Este instrumento é utilizado, portanto, para definir quem recebe atenção (utilizando critérios de risco), bem como organizar o fluxo de acesso à unidade onde são desenvolvidas as ações curativas básicas em saúde bucal. Assim, de acordo com a Coordenação Municipal de Saúde Bucal é fundamental que, para expandir a cobertura com resolubilidade, sejam desenvolvidos critérios para a prestação dos procedimentos clínicos curativos, com a finalidade de obter mais eficiência e eficácia das ações e serviços.

Os Códigos com a Classificação de Necessidades Odontológicas (Quadro1) utilizados pelo serviço odontológico, visa essencialmente dar prioridade ao acesso com Tratamento Completado (TC) aos alunos matriculados com maiores necessidades acumuladas de tratamento de acordo com o risco. Portanto, aquele que, após o exame realizado pelo dentista, tiver registrado o maior código terá prioridade na atenção.

Portanto, o exame tátil-visual executado pelo dentista, é utilizado para classificar e agendar o atendimento individual com definição de necessidades de intervenção. Este instrumento deve ser utilizado para definir quem recebe atenção (utilizando critérios de risco), bem como organizar o fluxo de acesso à unidade básica de saúde, onde são desenvolvidas as ações curativas. Embora possa parecer óbvio, a Classificação de Necessidades Odontológicas, visa essencialmente dar prioridade com tratamento completado (TC) aos mais necessitados de acordo com o risco.

QUADRO 1. Classificação de Necessidades Odontológicas. Conselheiro Lafaiete, 2009.

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS / NECESSIDADES
0	Usuários que aparentemente não apresentam dentes permanentes e temporários cariados com cavidades que necessitem alguma restauração ou extração.
1	Usuários que aparentemente apresentam até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restaurações ou extrações.
2	Usuários que aparentemente apresentam de 4 a 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restaurações ou extrações.
3	Usuários que aparentemente apresentam mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restaurações ou extrações.
4	Usuários que aparentemente apresentam a cárie dentária sob controle, mas a presença de Doença Periodontal é o maior problema.

Fonte: Coordenação Municipal de Saúde Bucal – SMS de Conselheiro Lafaiete – 2009

É importante salientar que os procedimentos odontológicos realizados nestas unidades são aqueles constantes na Tabela SIA/SUS, ou seja, os que compõem o elenco de

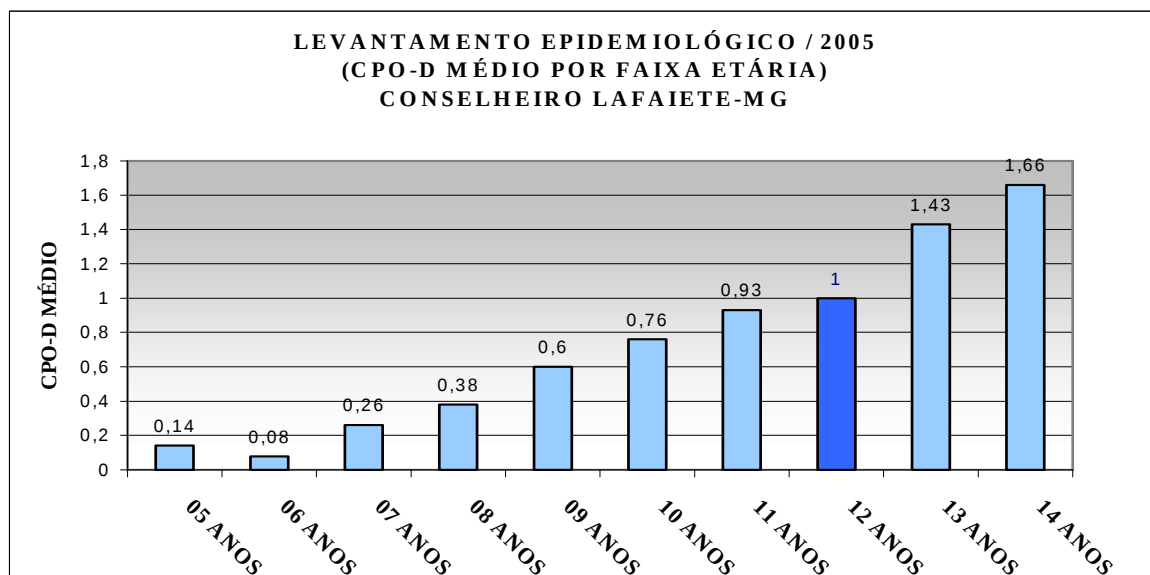
procedimentos da atenção básica em odontologia, sendo que todos os pacientes recebem o Tratamento Completado (TC).

Os casos que exigem atenção especializada são referenciados para a Policlínica Odontológica, unidade odontológica instalada na região central da cidade onde são prestados, além dos procedimentos da atenção básica, alguns procedimentos de média complexidade em odontologia (endodontia, periodontia, cirurgia, exames radiográficos, etc.), elencados na Tabela do SIA/SUS.

5.2.2 Ações coletivas preventivo-promocionais em odontologia realizadas nas escolas públicas, particulares e creches do município.

A Coordenação Municipal de Saúde Bucal realizou o último Levantamento Epidemiológico (LE) em saúde bucal levando em consideração o Índice de Ataque de Cárie (CPOD) no início do ano de 2005 entre os escolares, visando subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas à melhoria de saúde bucal na faixa etária de 05 a 14 anos, com os seguintes resultados (Gráfico 1):

Gráfico 1. Cárie dentária (CPOD) em escolares de 5 a 14 anos. Conselheiro Lafaiete, 2005.



Fonte: Coordenação Municipal de Saúde Bucal / Secretaria Municipal da Saúde Cons. Lafaiete – 2005

O índice CPOD é largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. É um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e

comparar a experiência de cárie dentária em populações, sendo que seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos. Esse índice destina-se ao alcance do conhecimento global, rápido e prático das condições epidemiológicas de populações infantis.

O gráfico 1 mostra a prevalência de cárie dentária de alguns grupos etários da população do município de Conselheiro Lafaiete e evidencia que aos 12 anos (faixa etária considerada pela OMS como referência para estudo comparativo), o índice CPOD foi de 1,0, melhor que a meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 (CPOD menor ou igual a 3,0) e aproximando-se da meta estabelecida para o ano de 2010 (CPOD menor que 1,0). O gráfico indica também que as distribuições dos valores do CPOD apontam, por outro lado, para a importância de se identificar grupos populacionais epidemiologicamente mais vulneráveis, dando-se ênfase aos procedimentos coletivos nos locais onde esses índices se apresentam mais elevados. Onde o quadro epidemiológico se encontra, de modo geral, controlado, as ações coletivas devem ser compatíveis com essa situação e o enfoque das ações direcionado aos grupos de risco.

Com a divulgação da Portaria nº. 95 de 14 de fevereiro de 2006, as seguintes ações educativas e preventivo-promocionais são realizadas nas escolas e creches do município pela Auxiliares de Higiene Bucal (AHB):

- ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- ação coletiva de bochecho fluorado;
- ação coletiva de aplicação tópica de flúor-gel;
- ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica;
- atividade coletiva de educação em saúde por profissional de nível médio na comunidade;
- atividade coletiva de educação em saúde por profissional de nível médio no estabelecimento de saúde;
- atividade coletiva de educação em saúde por profissional de nível superior na comunidade;
- atividade coletiva de educação em saúde por profissional de nível superior no estabelecimento de saúde.

5.2.3 Atenção à saúde bucal prestada na área rural e unidade e pronto atendimento (UPA)

Atualmente no município, três unidades odontológicas estão implantadas na área rural (Almeidas, Rancho Novo e Gagé). Estas unidades são normalmente utilizadas por pacientes da comunidade que procuram pela atenção odontológica por conta própria caracterizando assim o acesso por livre demanda. Não existe nenhuma metodologia baseada, por exemplo, em algum levantamento epidemiológico voltado para atender esta clientela através de uma demanda organizada. O número de pacientes atendidos nestas unidades (seis pacientes agendados por visita profissional), também segue as normas estabelecidas, não incluindo os aqueles que necessitam da atenção às urgências e emergências que têm o acesso garantido aos serviços, independente da liberação de “vagas para tratamento odontológico”. Os profissionais fazem o atendimento nas respectivas unidades durante três vezes na semana. Da mesma forma em que se procede com as unidades odontológicas instaladas nas escolas públicas, as equipes odontológicas lotadas nestas unidades são compostas de um Cirurgião-dentista e uma Auxiliar de Consultório Dentário.

5.2.4 Atenção à saúde bucal prestada na Unidade Odontológica Móvel (UOM)

Um veículo (ônibus) adaptado que tem instalado equipamentos odontológicos foi desenvolvido inicialmente para o atendimento volante médico e odontológico. Atualmente, este veículo está sendo utilizado somente pelo serviço de odontologia para o atendimento em alguns estabelecimentos de ensino da periferia da cidade, bem como para o atendimento nas escolas localizadas em regiões mais distantes, principalmente na zona rural. Por necessidade de ampliação ao acesso aos usuários, esta unidade móvel serve de apoio às demais unidades odontológicas instaladas no município. O atendimento é realizado em um turno de trabalho com equipe formada por Cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal, para a realização de procedimentos da atenção primária em saúde bucal.

5.2.5 Atenção à saúde bucal prestada na Policlínica Odontológica

Esta unidade de saúde é composta de sete consultórios dentários para o atendimento clínico em dois turnos de trabalho, tendo como recursos humanos além dos profissionais de apoio (Auxiliares de Consultório Dentário e pessoal administrativo), e um número variado de cirurgiões-dentistas, para o atendimento de pacientes que procuram pelos serviços odontológicos através da demanda espontânea na atenção básica em saúde bucal. Apesar do baixo percentual de procedimentos individuais especializados em odontologia realizados na Policlínica Odontológica (aproximadamente 99% dos procedimentos produzidos são da atenção básica), os pacientes que têm indicação para a atenção especializada com procedimentos possíveis de serem realizados, são referenciados das unidades que prestam a atenção básica, para esta unidade, que logo após a conclusão de tais procedimentos são contra-referenciados, retornando assim às unidades de origem para dar continuidade ao tratamento odontológico.

Nesta unidade, portanto, são realizados atualmente, alguns procedimentos da atenção especializada por profissionais especialistas nas áreas de periodontia, cirurgia oral menor e endodontia. Também tem instalado um aparelho de raios X para a realização de radiografias periapicais para atender solicitações dos profissionais que prestam serviços nas demais unidades odontológicas do SUS no âmbito municipal e da própria unidade.

5.2.6 Atenção às urgências e emergências em saúde bucal

O pronto atendimento odontológico para casos de urgências/emergências no município é realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), unidade odontológica anexa à Policlínica Municipal, através do trabalho de cirurgiões-dentistas que se revezavam no regime de sobreaviso, realizando o “plantão à distância” com carga horária de 14 horas (das 8h às 22h) aos sábados, domingos e feriados, realizando todo o atendimento de urgências e ou emergências. Em acréscimo, em todas as demais unidades odontológicas instaladas, garantem aos pacientes, as ações de urgência e emergência durante os dois turnos de atendimento, sendo essas ações realizadas pelos profissionais lotados nas respectivas unidades no período das 7h às 17h diariamente.

5.2.7 Atenção ambulatorial com atendimento odontológico aos pacientes portadores de necessidades especiais

Atualmente, a unidade odontológica instalada na Escola Municipal - Centro Educacional Olavo Mendes Brandão, localizada no bairro Campo de Independente, é utilizada para operacionalização das ações e atividades específicas em saúde bucal em regime ambulatorial, aos portadores de deficiências e pacientes portadores de necessidades especiais, com o atendimento prestado por um cirurgião-dentista e duas auxiliares em saúde bucal em turnos de trabalho. Alguns pacientes de outros municípios são também referenciados para esta unidade através de pactuação com municípios que compõem a microrregião de Conselheiro Lafaiete / Congonhas com uma população de 283 mil habitantes.

5.2.8 Assistência odontológica prestada pelo serviço de saúde bucal do município aos pacientes portadores do HIV / AIDS que estão em tratamento ambulatorial no centro de promoção da saúde

Atualmente, a Coordenação Municipal de Saúde Bucal vem prestando assistência odontológica com três cirurgiões-dentistas treinados especificamente para executar o trabalho com os pacientes assistidos pelo Centro de Promoção de Saúde e seus dependentes diretos, residentes na macro-região de abrangência do Serviço de Assistência Especializada (SAE) da Secretaria Municipal da Saúde de Conselheiro Lafaiete, em DST/HIV/AIDS, pré-natal de alto risco, hepatites crônica, tuberculose, hanseníase e demais doenças de notificação epidemiológica compulsória. Estes pacientes que recebem atenção odontológica são pré-agendados pelo SAE, para o atendimento no serviço local de odontologia do SUS, no contexto do modelo multidisciplinar de organização deste tipo de assistência especializada, não só no aspecto do atendimento, mas também naquele em que os cirurgiões-dentistas participantes desta equipe multidisciplinar se envolvem com as ações de epidemiologia, ensino e pesquisa desenvolvidos pelo Centro de Promoção da Saúde.

5.2.9 Cirurgia e Traumatologia Buco – Maxilo - Facial: assistência odontológica prestada

O município de Conselheiro Lafaiete conta com um cirurgião-dentista especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF), o qual foi cadastrado no sistema e vem realizando em hospitais do município e região, as cirurgias na sua área de atuação (redução cruenta de fraturas de mandíbula unilateral, bilateral e cominutiva, redução cruenta ou incruenta do maxilar superior / Le Fort II e III, Fratura de malar, redução cruenta e aparelho de contenção, tratamento cirúrgico de fístula cutânea de origem dentária, redução de fratura dos ossos próprios do nariz e órbita, etc.).

5.2.10 Fluxo de referência e contra – referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do SUS

Apesar do baixo percentual de procedimentos individuais especializados em odontologia realizados pelo serviço de saúde bucal do município, os pacientes que têm indicação para a atenção especializada através de procedimentos possíveis de serem realizados (tratamento endodôntico, periodontal e cirúrgico), são referenciados das unidades que prestam a atenção primária em saúde bucal, para a Policlínica Odontológica que, logo após serem executados são contra-referenciados retornando, assim, às unidades de origem.

6 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

6.1 Evolução do Sistema Municipal de Saúde em Conselheiro Lafaiete

No município de Conselheiro Lafaiete, em 1981, data de criação do CONASP/Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária e as AIS/Ações Integradas de Saúde, foi elaborado um plano de reorientação da assistência médica, que em linhas gerais propunha integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. A Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete aderiu formalmente, através de convênios com o Ministério da Saúde e Previdência para execução do programa de saúde.

Em 1986 com a realização, na cidade de Brasília, da VIII Conferência Nacional de Saúde, precedida de diversas conferências municipais e estaduais, com ampla participação de trabalhadores, usuários e representantes do governo, onde foram consolidados os ideais da reforma sanitária Brasileira e consequentemente em nosso município, significando um marco na formulação de propostas de mudanças do setor saúde.

As propostas emanadas desta conferência serviram de base na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após. Em 1988, aprovada a nova Constituição Brasileira, incorporou grande parte dos conceitos e propostas da VIII Conferência, podendo-se dizer que, na sua essência, foi adotada a proposta da reforma sanitária e do SUS. O município de Conselheiro Lafaiete seguiu as diretrizes constitucionais com a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, idealizado enquanto estratégia de transição em direção ao Sistema Único de Saúde, proposta esta que transferia recursos do INAMPS para os estados e municípios.

Resultante de uma luta de diversas entidades representantes de uma sociedade, presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

A descentralização das ações e serviços de saúde ocorreu em nosso município por intermédio do chamado processo de municipalização que objetivou a transferência do poder do nível central para o nível periférico. O texto constitucional atribui ao município a condição de ente federado (Art. 1º e 18º), reconhecendo os governos municipais em seu papel de provedores dos serviços públicos essenciais. Quanto à área da saúde, o município recebe, pela Constituição (Art. 30, VII), a incumbência de atender à saúde da população com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados.

No processo da descentralização, o município passou então a assumir seu papel de gestor, na modalidade de gestão estabelecida na NOB-SUS 01/96: a Gestão Plena do Sistema Municipal.

6.2 Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) em Conselheiro Lafaiete

O PSF conforme Cericato (2007) teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, no qual já se trabalhava a família como unidade de ação programática. Os bons resultados do Pacs, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, levaram à busca da ampliação e maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF). Em Conselheiro Lafaiete, a implantação do PSF ocorreu em 1998 sendo inicialmente implantadas, cinco Equipes de Saúde da Família (ESF). Atualmente o município conta com 24 ESF implantadas na área urbana.

A inserção da odontologia no PSF só aconteceu em 2000, quando o Ministro da Saúde, diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira, estabeleceu incentivo financeiro para a formação de equipes formadas por cirurgiões-dentistas (CD), atendentes de consultório dentário (ACD) e técnicos de higiene dental (THD). A incorporação das atividades de Saúde Bucal no PSF em Conselheiro Lafaiete teve início efetivamente em junho de 2007, onde quatro Equipes de Saúde Bucal (três ESB modalidades I e uma ESB modalidade II) foram implantadas incorporando assim os profissionais da saúde bucal, nas Equipes da Saúde da Família das unidades de PSF do São João I, São João II, Santa Cruz e Carijós.

6.3 Consolidado das famílias cadastradas no ano de 2009 nas Equipes de Saúde da Família (ESF) com Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas

QUADRO 2. POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E SEXO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOÃO I – MUNICÍPIO CONSELHEIRO LAFAIETE, 2009.

Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS = 1.132 FAMÍLIAS											
SEXO	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	TOTAL
MASCULINO	2	103	59	128	218	196	757	256	196	195	2.110
FEMININO	2	89	88	95	198	204	851	273	227	243	2.270
Nº. DE PESSOAS	4	192	147	223	416	400	1.608	529	423	438	4.380

Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica / Coordenação PSF Conselheiro Lafaiete

QUADRO 3. POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E SEXO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOÃO II – MUNICÍPIO CONSELHEIRO LAFAIETE, 2009.

Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS = 983 FAMÍLIAS											
SEXO	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	TOTAL
MASCULINO	11	57	37	59	130	128	547	239	192	208	1.608
FEMININO	6	59	21	55	131	135	593	298	214	317	1.829
Nº. DE PESSOAS	17	116	58	114	261	263	1.140	537	406	525	3.437

Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica / Coordenação PSF Conselheiro Lafaiete

QUADRO 4. POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E SEXO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CRUZ – MUNICÍPIO CONSELHEIRO LAFAIETE, 2009.

Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS = 1.357 FAMÍLIAS											
SEXO	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	TOTAL
MASCULINO	10	107	69	110	241	245	856	332	256	257	2.471
FEMININO	14	100	76	130	265	243	884	392	262	248	2.614
Nº. DE PESSOAS	24	207	145	248	506	488	1.740	724	518	485	5.085

Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica / Coordenação PSF Conselheiro Lafaiete

QUADRO 5. POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E SEXO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CARIJÓS – MUNICÍPIO CONSELHEIRO LAFAIETE, 2009.

Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS = 1.002 FAMÍLIAS											
SEXO	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	TOTAL
MASCULINO		7	17	46	131	130	573	231	232	259	1.626
FEMININO		8	28	53	116	130	613	265	312	376	1.901
Nº. DE PESSOAS		15	45	99	247	260	1.186	496	544	635	3.527

Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica / Coordenação PSF Conselheiro Lafaiete

6.4 Constituição das quatro Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família implantadas no município de Conselheiro Lafaiete

QUADRO 6. Constituição de Equipe Saúde Bucal – ESB SÃO JOÃO I.

MUNICÍPIO: Conselheiro Lafaiete		POPULAÇÃO: 114.579	
GRS: Barbacena		N. ° HAB. COBERTOS: 4.380	
NOME DA UNIDADE DO PSF: São João I			
CATEGORIA DA ESB: MODALIDADE II			
ENDEREÇO DA UBS: Rua Francisco F. Resende, 333 / Bairro São João CNES: 2222779			
ESPECIFICAÇÃO DA EQUIPE			
ESPECIALIDADE			
CATEGORIA PROFISSIONAL		CÓDIGO SIA/.SUS	
CD		30	
TSB		75	
ASB		64	

QUADRO 7. Constituição de Equipe Saúde Bucal - ESB SÃO JOÃO II.

MUNICÍPIO: Conselheiro Lafaiete		POPULAÇÃO: 114.579	
GRS: Barbacena		N. ° HAB. COBERTOS: 3.437	
NOME DA UNIDADE DO PSF: São João I			
CATEGORIA DA ESB: MODALIDADE I			
ENDEREÇO DA UBS: Rua Francisco F. Resende, 333 / Bairro São João CNES: 2222779			
ESPECIFICAÇÃO DA EQUIPE			
ESPECIALIDADE			
CATEGORIA PROFISSIONAL		CÓDIGO SIA./SUS	
CD		30	
ASB		64	

QUADRO 8. Constituição de Equipe Saúde Bucal - ESB SANTA CRUZ.

MUNICÍPIO: Conselheiro Lafaiete		POPULAÇÃO: 114.579	
GRS: Barbacena		N. ° HAB. COBERTOS: 5.085	
NOME DA UNIDADE DO PSF: São João I			
CATEGORIA DA ESB: MODALIDADE I			
ENDEREÇO DA UBS: Rua Francisco F. Resende, 333 / Bairro São João CNES: 2222779			
ESPECIFICAÇÃO DA EQUIPE			
ESPECIALIDADE			
CATEGORIA PROFISSIONAL		CÓDIGO SIA/SUS	
CD		30	
ASB		64	

QUADRO 9 Constituição de Equipe Saúde Bucal - ESB CARIJÓS.

MUNICÍPIO: Conselheiro Lafaiete		POPULAÇÃO: 114.579	
GRS: Barbacena		N. ° HAB. COBERTOS: 3.527	
NOME DA UNIDADE DO PSF: São João I			
CATEGORIA DA ESB: MODALIDADE I			
ENDEREÇO DA UBS: Rua Francisco F. Resende, 333 / Bairro São João CNES: 2222779			
ESPECIFICAÇÃO DA EQUIPE			
ESPECIALIDADE			
CATEGORIA PROFISSIONAL		CÓDIGO SAI/SUS	
CD		30	
ASB		64	

A constituição das respectivas Equipes de Saúde Bucal implantadas no município está atualizada no Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

7 PROBLEMATIZAÇÃO

7.1 Levantamento de necessidades em saúde bucal dos idosos nas ESB implantadas, em relação ao Índice CPO-D, Índice Periodontal Comunitário (IPC), lesões de mucosa e necessidade de próteses dentárias

Neste trabalho foi utilizado uma das atividades propostas no Módulo de Saúde Bucal – Atenção ao Idoso do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família em que foi solicitada a realização de um levantamento do número de idosos existentes no município e análise de dados em relação ao índice CPOD, IPC, lesões de mucosa e necessidade de prótese encontrados numa população de 60 idosos. Este levantamento além de proporcionar conhecer as necessidades da atenção odontológica dos pacientes nesta faixa etária proporciona uma grande oportunidade de fornecer, através da análise dos resultados, subsídios às equipes para a construção de um planejamento sobre as necessidades de intervenção em saúde bucal nos idosos das respectivas áreas de abrangências.

A atividade proposta neste módulo, conforme Vargas et al. (2009), teve como um dos objetivos mostrar que, com a identificação dos problemas mais comuns de saúde bucal da população idosa da comunidade, o olhar da equipe se direcione para as possibilidades de intervenção junto a esse grupo populacional e possa contribuir com o planejamento e a organização de ações voltadas para as reais necessidades apresentadas por este grupo.

De acordo com informações obtidas junto aos profissionais que compõem as quatro ESB, os dados registrados neste levantamento de necessidades por ocasião da realização da atividade proposta pelo curso foram obtidos através de exames clínicos realizados em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em fichas padronizadas considerando os critérios adaptados da proposta da OMS (1999), sem que houvesse uma calibração prévia dos profissionais envolvidos.

A análise dos dados coletados do levantamento de saúde bucal realizado pelas quatro Equipes de Saúde Bucal registrou os seguintes achados:

- Foram examinados 60 idosos, sendo 33 mulheres e 27 homens.
- A média de idade entre os 60 pacientes examinados foi de 69 anos, sendo que a menor média foi apresentada pela ESB Carijós com 67 anos e a maior pela ESB Santa Cruz com média de 70 anos;
- O CPOD encontrado foi considerado muito alto, com a média de 30,17 dentes atacados pela doença, sendo o componente P (dente perdido devido à cárie) o que mais contribuiu para este resultado;
- Apenas 103 elementos dentários estavam presentes na cavidade bucal dos 60 pacientes examinados, o que corresponde uma média de 1,7 dentes por indivíduo. Destaca-se também que a porcentagem de dentes perdidos que foi de 94,6% no grupo examinado;
- A perda dos dentes das arcadas superior e inferior é bastante significativa, indicando que as extrações dentárias realizadas durante o curso da vida tem como consequência o elevado número de edentulismo observado entre os idosos. Portanto, a necessidade de prótese nestes arcos dentários, observado durante o exame confirma as estatísticas em que é uma condição comum entre os idosos;
- Dos elementos dentários presentes foram registrados quatro dentes com lesões de cárie nos pacientes examinados. Alguns idosos não permitiram a realização de exame mais detalhado para a verificação de dentes com possíveis lesões cariosas;
- Foram encontrados por ocasião dos exames clínicos realizados, 39 dentes com indicação para exodontia devido à doença periodontal;
- Dos 60 idosos, 31 eram portadores de prótese total (superior e inferior) e sete usam prótese apenas na arcada superior. 29 idosos necessitam de prótese total superior e 23 necessitam de prótese total inferior;
- Apesar da necessidade dos pacientes para o uso de prótese total, ficou evidente, que 12 idosos não estão em condições de receber as próteses, devido principalmente ao rebordo ósseo suficiente;
- Foi registrada a necessidade de ajuste (reembasamento) em 12 próteses de pacientes que usam próteses totais inferiores;
- Em 20 pacientes foi registrada a presença de 22 lesões nas mucosas sendo o palato a região mais freqüente. A lesão mais encontrada foi a Mácula - lesão plana localizada apresentando apenas alteração da coloração normal da mucosa (Vargas et al., 2009);

- Quanto ao Índice IPC, o mesmo não foi possível aplicar pelo fato do registro do número de elementos dentários encontrados nas amostras (1,7 dentes por indivíduo) serem insuficientes para a realização do mesmo. Quando analisado o número médio de sextantes afetados e a respectiva proporção de cada escore do IPC, 80,84% dos sextantes examinados foram excluídos, pois não apresentaram nenhum dente presente ou apenas um dente funcional.

7.2 Avaliação em capacidade funcional para as Atividades de Vida Diária (AVD) e para a Atividades Diárias de Higiene Bucal (ADHB) com aplicação dos índices Katz, IADHB e GOHAI em idosos da área de abrangência das Equipes de Saúde Bucal

De acordo com Vargas et al. (2009), a definição cronológica do idoso é importante no delineamento de estudos epidemiológicos, assim como, no planejamento e organização de serviços de atenção à saúde destes indivíduos. Para alguns autores e a OMS a classificação cronológica do idoso é considerada questionável, porque a heterogeneidade entre pessoas de 60 anos ou mais é a maior dentre todos os grupos etários, sendo que, para estes a condição funcional desses indivíduos é mais importante que sua idade. Na avaliação da condição funcional, normalmente são utilizadas escalas como as de “Atividades de Vida Diária” (AVD) e “Atividades Instrumentais de Vida Diária” (AIVD). A partir dos dados obtidos com a utilização destas escalas, os idosos são classificados em: independentes, fragilizados ou semi-dependentes e dependentes. De acordo com a Federação Dentária Internacional, idosos independentes são aqueles capazes de realizar todas AVD sozinhos; semi-dependentes são aqueles que precisam de algum suporte; e dependentes são idosos geralmente acamados que necessitam de suporte total.

Portanto, este trabalho utiliza os dados de outra atividade proposta pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família referentes aos índices Katz, IADHB e GOHAI. Este levantamento nos mostra a necessidade do profissional em conhecer mais profundamente, como as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades básicas de higiene bucal (ADHB) interferem na qualidade de vida dos idosos. Ao mesmo tempo ensina que, a equipe adquirindo maiores conhecimentos poderá dar maior suporte às famílias e estas conseqüentemente poderão melhorar sua atenção como cuidadores, para que os seus idosos possam conseguir a realização do próprio potencial

para alcançar um grau desejável de bem-estar físico, psicológico, mental e social, que os possibilitem exercer trabalhos sociais, resultando em benefícios para a própria qualidade de vida.

7.3 Análise dos dados obtidos no levantamento sobre a avaliação da capacidade funcional para AVD e ADHB em quatro ESB / Estratégia Saúde da Família de Conselheiro Lafaiete, 2009.

As atividades propostas pelo curso para avaliar a capacidade funcional com a aplicação dos respectivos índices em 15 pacientes idosos foram realizadas pelas quatro Equipes de Saúde Bucal. Como referências foram utilizados os critérios padronizados para o preenchimento das informações obtidas com a pesquisa, descritos nos quadros abaixo (Quadros 10, 11 e 12):

QUADRO 10. Atividades componentes diárias para a determinação do índice de Katz Modificado.

Banha-se totalmente sozinho ou recebe ajuda em somente uma parte do corpo? (pode ser auxiliado com a esponja de banho ou chuveiro para lavar determinada parte do corpo).
Escolhe as roupas e se veste sem assistência, exceto para calçar os sapatos?
Vai ao toalete, usa-o, organiza as roupas e retorna sem nenhuma assistência? (pode usar bengala ou andador)
Deitas-se ou levanta-se da cama ou senta-se em uma cadeira sem assistência? (pode usar bengala ou andador)
Tem autocontrole do intestino (fezes) e da bexiga (urina) (sem “acidentes” ocasionais)
Alimenta-se sem assistência (pode ser auxiliado para cortar carne ou passar manteiga no pão)

QUADRO 11. Capacidade para autocuidado – IADHB.

Atividades Avaliadas	
Pacientes dentados	Pacientes desdentados reabilitados com PTR
Abrir a pasta de dente	Abrir a pasta de dente
Colocar pasta na escova	Colocar pasta na escova
Levar a escova à boca	Remover as próteses
Escovar os dentes	Escovar as próteses
Cuspir a saliva	Levar as próteses à boca
Usar fio dental	Limpar a escova
Limpar a escova	

QUADRO 12. Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral – GOHAI.

Quão freqüentemente nos últimos 3 meses:
1. Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses?
2. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?
3. Foi capaz de engolir confortavelmente?
4. Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria?
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?
6. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?
7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?
8. Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?
9. Preocupou-se com seus dentes, gengivas ou próteses?
10. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?
11. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses?
12. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?

Analisando os dados obtidos em 60 idosos (15 pacientes por ESB) pelos profissionais que compõem as quatro Equipes de Saúde Bucal (São João I, São João II, Santa Cruz e Carijós), que participaram da atividade proposta no Módulo de Saúde Bucal – Atenção ao Idoso do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode-se observar que cada equipe apresentou as seguintes conclusões sobre os resultados:

A) Equipe de Saúde Bucal São João I

No entendimento de Santos (2009), as avaliações em capacidade funcional para as AVD e para as ADHB coincidem. Os idosos que tem dificuldades com os cuidados bucais, têm dificuldades também com as AVD, sendo necessário treinamento dos cuidadores ou reabilitação para os autocuidados. Com relação ao GOHAI a percepção pelo idoso dos seus problemas bucais é um pouco controversa, pois, a maioria dos idosos que usa próteses muito antigas relata dificuldades com a mastigação de alimentos mais sólidos e inserção de alimentos sob a prótese durante a mastigação, entretanto relatam que, se a prótese é bem “firme”, não solta ao sorrir e conversar, não tem interesse em fazer nova prótese por medo que a nova não fique tão “firme”. Todos os idosos que percebem o impacto negativo de prótese mal adaptadas, falta de prótese, ou próteses antigas e que gostariam de trocar suas próteses, não o fazem por problemas financeiros.

B) Equipe de Saúde Bucal São João II

Para Batista (2009), a maioria dos idosos avaliados realiza suas atividades diárias e de higiene oral sem depender do auxílio de outra pessoa. A dependência das atividades diárias também implica na dependência das atividades relacionadas à higiene bucal, para qual a perda da habilidade motora configura em um agente limitador. Os aspectos culturais também podem ser citados como elementos balizadores do perfil da saúde bucal dos idosos, uma vez que esses elementos não só determinam hábitos e comportamentos, como também influenciam a percepção que os pacientes têm em relação à sua saúde bucal.

C) Equipe de Saúde Bucal Santa Cruz

De acordo com a avaliação de Soares (2009), a percepção de impacto pelo idoso, nas dimensões funcionais, psicológicas, sociais e dor segundo a frequência com o que foi percebido nos últimos três meses através do Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral – GOHAI, a coleta dos dados nos revelou alguns pontos que chamaram a atenção e com certeza vão auxiliar a equipe no planejamento das ações.

D) Equipe de Saúde Bucal Carijós

Para Novais Filho (2009), a higiene bucal é um fator local primordial na saúde bucal de todos os indivíduos. Em virtude do processo de envelhecimento ser agravado por certas condições predisponentes, os idosos tendem a perder a capacidade funcional para as atividades diárias. A higiene bucal é uma importante atividade diária que também é afetada pela capacidade funcional. A ausência dos dentes foi uma das causas específicas identificadas nas atividades, cujos sintomas principais foram a limitação da função e insatisfação com a aparência. Portanto, o número de dentes influenciou na auto-percepção de impactos odontológicos na vida diária.

A pesquisa relacionada ao tema é de suma importância para o planejamento da atenção em saúde bucal aos idosos, uma vez que a condição de saúde bucal deste grupo da população é precária. Em virtude do processo de envelhecimento ser agravado por certas condições predisponentes, os idosos tendem a perder a capacidade funcional para as atividades diárias. Entendendo que a higiene bucal é uma atividade diária na rotina das pessoas, sabe-se que também é afetada grandemente pela capacidade funcional. Portanto, torna-se imperioso então, a equipe pensar no seu processo de trabalho, como avaliar a capacidade do autocuidado bucal dos idosos, com vistas a possibilitar o controle das principais doenças bucais com a manutenção de níveis adequados de higiene bucal. Desta forma, com este trabalho será possível propor a reorganização da atenção em saúde bucal aos pacientes da terceira idade de modo a aprimorar as ferramentas de diagnóstico, buscando adequar planos de tratamento às reais necessidades de cada indivíduo, o que proporcionaria melhor qualidade de vida aos idosos.

7.4 O dia-a-dia das Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia de Saúde da Família no município de Conselheiro Lafaiete

Todas as 24 Unidades de Saúde da Família instaladas no município funcionam das 7h às 17h sem intervalo, sendo que as quatro ESB implantadas fazem o intervalo de duas horas e atendem em dois turnos de trabalho cumprindo assim uma jornada de 8 horas diárias prevista na legislação do SUS.

Após uma série de reuniões das equipes com a Coordenação Municipal de Saúde Bucal e Coordenação Municipal da Atenção Primária, a seguinte planilha com sugestões foi eleita para o planejamento das ações desenvolvidas na organização do processo de trabalho das ESB na Estratégia Saúde da Família em Conselheiro Lafaiete:

QUADRO 13. Funcionamento da Equipe de Saúde Bucal.

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Manhã	Idosos • Hipertensos • Diabéticos • Outros...	0 a 14	Gestantes •	População demanda espontânea	Palestras e visitas domiciliares
Tarde	0 a 14	Demais faixas etárias	Gestantes •	Demanda espontânea	Palestras e visitas domiciliares

- É recomendado que o atendimento ao Idoso, Hipertenso, Diabético e Gestante seja feito no horário da manhã. Neste horário é menor o risco de alteração de taxa sanguínea e variação de pressão arterial.
- O atendimento ao idoso tem como objetivo: tratar e manter os dentes existentes; examinar e detectar lesões pré-cancerígenas; necessidade de prótese e encaminhamento para a Policlínica Odontológica. Estimular a auto-estima do idoso através das práticas de humanização.
- Gestante: atenção especial para a mãe e futuro filho.

Com esta configuração, as ESB iniciaram efetivamente a prestação de serviços aos usuários cadastrados nas respectivas áreas de abrangência desenvolvendo o cuidado compartilhado com os demais programas, na perspectiva de garantir a integralidade da atenção em saúde.

Outra grande preocupação dos coordenadores na organização do processo de trabalho era o de procurar adequar os profissionais das ESB recém implantadas, à realidade de uma equipe de saúde da família, pois a atenção primária em saúde bucal até então era prestada

por equipes odontológicas convencionais instaladas somente em escolas públicas e postos de saúde.

Para tanto os seguintes pontos deveriam ser considerados para o início das atividades:

- Extinguir as filas para entrega de senhas ou qualquer outro mecanismo que não seja o de acolhimento humanizado e responsável;
- Propor ações resolutivas individuais e coletivas a partir da identificação das necessidades por atenção em saúde bucal de âmbito individual e coletivo – com base na equação dos seguintes critérios: clínicos (condição sistêmica e bucal), sociais, das prioridades negociadas no grupo e o da capacidade de absorção do serviço;
- Compartilhar com os demais profissionais de saúde da unidade, o planejamento e a execução das ações de promoção e prevenção com os grupos atendidos nos Programas (diabetes, hipertensão, gestantes, adolescentes, idosos e outros);
- A ESB não deve se limitar exclusivamente ao campo técnico-odontológico. Devem participar do processo de planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pela ESF;
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde, pois a boca faz parte do corpo;
- Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades;
- Maximizar a hora clínica do CD: 75% a 85% devem ser dedicadas a assistência e 15 a 25% para outras atividades.

Atualmente, após dois anos de implantação, as ESB trabalham “parcialmente” com a configuração inicial sugerida. Algumas mudanças foram implementadas principalmente devido às características regionais diversificadas das áreas de abrangência de cada equipe.

7.5 Atenção à saúde bucal do idoso nas Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no município

A atenção à saúde bucal do idoso nas unidades pelas ESB no município é feito de modo distinto e peculiar pelas equipes e depende do planejamento de cada uma delas conforme as seguintes informações passadas pelos profissionais que compõem as referidas equipes:

Para o acesso do idoso à atenção em saúde bucal na ESB São João I, Santos (2009) considera que:

“... a informação e a orientação são peças-chave nas ações odontológicas de prevenção e devem ser extensivas a todos na equipe interdisciplinar. A prática interdisciplinar é fundamental na odontologia geriátrica preventiva, pois o contato com os profissionais da área odontológica pode ocorrer tardiamente. Assim, os idosos e seus familiares, médicos, enfermeiras, cuidadores e toda a equipe devem estar cientes dos potenciais problemas odontológicos no idoso e da importância da higiene bucal diária, principalmente à medida que as condições debilitantes sistêmicas se agravam. No PSF São João I realizamos ações individuais, acolhimento com escuta qualificada, agendamento e realização da primeira consulta odontológica individualizada na UBS para idosos independentes. Estes são agendados para a parte da manhã, um dia da semana. O atendimento ao idoso pela equipe tem como objetivos: tratar os dentes existentes, examinar e detectar lesões pré-cancerígenas, verificar a demanda por necessidade de prótese e encaminhar para um Centro de Referência para garantir esta demanda, e referenciar outros problemas que não podem ser resolvidos na atenção básica para a atenção especializada. Os profissionais procuram estimular a auto-estima do idoso através das práticas de humanização procurando como isso também valorizar e fortalecer os laços entre a comunidade assistida e a equipe. No caso dos idosos dependentes a equipe fica em contato através dos cuidadores, na UBS e nas visitas domiciliares. A visita domiciliar é a estratégia de busca aos idosos e nela são levantados os principais problemas bucais. Para idosos avaliados como dependentes, acamados, e os residentes na zona rural, a equipe garante a universalização das ações de saúde bucal realizando procedimentos com técnicas não-invasivas, orientações e visita domiciliar reforçando o autocuidado aos idosos e cuidadores. Implantamos o exame clínico nas campanhas de vacinação para idosos, desenvolvemos educação em saúde para idosos independentes e para os dependentes, convidamos o cuidador estimulando o autocuidado e sua importância, universalização da escova e creme dental, criamos adaptações se necessário. Uma vez por mês realizamos o bingo do idoso dentro da UBS, com palestras, exibição de vídeos, sorteio de brindes, sempre dando prioridade a opinião e participação dos idosos”.

Para Batista (2009), em relação ao atendimento dos idosos na unidade do PSF São João II pode-se dizer que:

“... a perda dentária total, fato comum para a maioria dos idosos, somada aos valores culturais norteiam o acesso e utilização dos serviços odontológico,

deste modo, este público, em geral, não é freqüente nas consultas odontológicas programáticas. Diante disso, procuramos nos aproximar dessa população de modo a estabelecer um vínculo que pudesse despertar neles o interesse pelo serviço odontológico prestado. A estratégia escolhida foi nossa participação na campanha de vacinação dos idosos, momento no qual procuramos apresentar nosso trabalho, esclarecer dúvidas e convidá-los para estarem realizando o agendamento para uma consulta de avaliação odontológica. Ficamos surpresos com a receptividade dos idosos e mais ainda com a presença dos mesmos nas consultas que foram agendadas a partir da lista de necessidades registradas no dia da vacinação. Em geral, todos os idosos seguem o tratamento e aqueles que estão sob controle retornam às consultas agendadas. A lista é bem extensa e estamos longe de concluí-la, na medida do possível temos procurado atender a este público. Separamos na agenda as manhãs de segunda-feira para o agendamento dos idosos, é interessante observar a pontualidade, freqüência e, sobretudo, a satisfação desses pacientes em relação à atenção dispensada, fato que contribui e muito para nossa realização como profissionais de saúde."

Quanto ao acesso do idoso ao tratamento odontológico na ESB Santa Cruz, Soares (2009) afirma que:

"... é necessário observar que a porta de entrada dos usuários da área de abrangência é a Unidade Básica de Saúde. Por isso, parte dos idosos cadastrados, normalmente procuram a ESB para tratamento odontológico através da demanda espontânea quando "algum problema ocorre". As visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários também são importantes para verificar as necessidades dos idosos no que diz respeito à saúde bucal, que após verificarem problemas relacionados encaminham estes usuários para a UBS para avaliação odontológica. Outra estratégia utilizada para o atendimento do idoso é através da busca ativa em visitas realizadas pelo dentista e auxiliar de consultório dentário. A atenção em saúde bucal prestada ao idoso na clínica se baseia nos procedimentos odontológicos da atenção primária. Como o edentulismo é uma condição comum entre os idosos a necessidade de uso de prótese é muito grande. No entanto, o município não oferta até o momento a atenção especializada o que dificulta muito a atenção em saúde bucal prestada a este grupo populacional, pois no levantamento de necessidades realizado recentemente, comprovou-se que a média de dentes perdidos é bastante elevada. Por isso, muito pouco pode ser ofertado ao idoso em relação na atenção primária em saúde bucal pela ESB".

Na ESB Carijós, quanto a atenção em saúde bucal do idoso Novais Filho (2009) informa que:

"... de acordo com o atendimento odontológico realizado no PSF Carijós, todos os idosos (60 anos de idade ou mais) cadastrados no Posto de Saúde são avaliados e em função da necessidade de cada um, são agendados ou atendidos em caráter de urgência (dor, fratura dental, desconforto de prótese, lesão de boca, etc.). Ainda, através da busca ativa, feita pelos Agentes Comunitários de Saúde, eles são orientados a comparecerem ao consultório odontológico para exame de prevenção ao Câncer Bucal e aqueles que apresentam alguma discrepância da normalidade, são referenciados ao serviço de Estomatologia para atendimento especializado. Os idosos acamados recebem a visita do Dentista e Auxiliar para que seja realizado o exame de prevenção às Doenças Bucais (Cárie; Gengivite; Doença Periodontal; Câncer

Bucal) e apresentando alguma necessidade de tratamento o mesmo é encaminhado ao consultório odontológico com o auxílio de um transporte do município. Os atendimentos dos idosos são sempre acompanhados de orientação com a Enfermeira, Técnica de Enfermagem e do Médico. Complementando todo o processo de prevenção à Saúde Bucal, os idosos recebem orientações sobre higiene bucal, através de palestras, auto exame para promoção à saúde bucal, as quais são feitas com o uso de áudio visual e demonstrações práticas de bons hábitos”.

Os relatos dos profissionais, que compõem as quatro Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Conselheiro Lafaiete, sobre a atenção à saúde bucal ao idoso revelam o ponto de vista de cada um deles, em relação ao processo de trabalho desenvolvido pelas respectivas equipes. Pode-se observar que não existe uma padronização da assistência prestada e que cada profissional aborda o assunto de modo distinto, o que enseja nessa circunstância, que seja estimulada uma maior comunicação entre eles por meio de intercâmbios, troca de informações e experiências, com vistas a proporcionar melhorias no cuidado à saúde bucal dos idosos. É importante destacar que a vivência desses profissionais quando colocados em discussão, junto aos coordenadores das áreas em reunião de trabalho aumenta a probabilidade do serviço ofertar tratamento resolutivo e adequado às necessidades dos idosos, além de contribuir inclusive para ampliar a procura de outros pacientes desta faixa etária, por serviços de saúde bucal nas unidades de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos desafios têm surgido no processo de construção do SUS, pois apesar de comportar desejáveis avanços no acesso, cobertura, equidade, integralidade, descentralização e participação, estes ainda são imitados em sua estrutura. Os desafios no que se refere à saúde bucal são muitos, sendo dos mais importantes o acesso dos idosos às ações e serviços prestados.

Com o aumento da população idosa, encontra-se um “novo idoso”, com suas condições físicas, sociais e psíquicas bastante particulares, o que demandará uma atenção mais diversificada por parte dos dentistas e de outros profissionais da saúde. A especificidade relacionada à terceira idade motivou o desenvolvimento de um trabalho adaptado à realidade local através da construção coletiva de hábitos de saúde bucal, numa perspectiva de protagonismo das pessoas, minimizando o caráter assistencialista que muitas vezes os trabalhos comunitários em saúde adquirem.

Os resultados encontrados nos artigos e aqui registrados confirmam as precárias condições de saúde bucal em que se encontra a população idosa no Brasil, situação idêntica encontrada no município de Conselheiro Lafaiete. São dados alarmantes, retratando um problema atual, que tende a se agravar caso não sejam tomadas algumas medidas de assistência a essa população.

A atenção em saúde bucal prestada pelas atuais equipes implantadas no município necessita de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira idade, dentre os quais se situa principalmente a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo. A incorporação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática pelos setores responsáveis, uma vez que a falta dos elementos dentários acarreta outros vários problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa.

A partir desses dados pode-se concluir que a assistência odontológica ofertada a esta população não corresponde a todas as suas necessidades, levando a consequências que podem interferir em sua qualidade de vida. Torna-se, portanto, importante viabilizar

melhorias na atenção em saúde bucal prestada aos idosos cadastrados nas referidas equipes da Estratégia Saúde da Família do município, além da necessária a implantação de uma política de saúde planejada, em que os recursos disponíveis sejam usados com a máxima eficiência.

Portanto, espera-se que as ações de saúde bucal que fazem parte do processo de trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde Bucal implantadas possam ser reorganizadas, de modo que a população idosa seja realmente beneficiada com ações realizadas de forma sistemática, participativa e que sejam avaliadas permanentemente.

9 PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

8.1 O Estatuto do Idoso e a Saúde Bucal

De acordo com Hebling e Rodrigues (2006), com a implantação do Estatuto do Idoso, as ações políticas de atenção e promoção de saúde bucal aos idosos devem ser adequadas aos novos preceitos legais. O cirurgião-dentista, como membro da equipe de atendimento multidisciplinar ao idoso, deve ser conhecedor dessa nova legislação.

Portanto, o direito à saúde bucal ao idoso é garantido pela Lei Nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, sendo estabelecido em seu Capítulo IV, Artigo 15 que, “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”. Esses preceitos estão em concordância com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que diz: “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”.

Outro benefício adquirido pelos idosos está assegurado no Parágrafo 2 do Inciso V do Artigo 15 desse estatuto que destaca: “incube ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”. Quanto ao fornecimento de próteses, os dados do levantamento de saúde bucal realizado pelas ESB implantadas no município, mostraram que a perda dos dentes das arcadas superior e inferior é bastante significativa, indicando que as extrações dentárias realizadas durante o curso da vida teve como consequência o elevado número de edentulismo observado entre os idosos examinados. Portanto, a necessidade de prótese nestes arcos dentários, confirma as estatísticas em que é uma condição muito comum entre os idosos das áreas de abrangência das respectivas unidades.

8.2 Proposta de um Plano de Intervenção

Sendo a saúde bucal um dos componentes da saúde geral do indivíduo, a atenção integral à saúde bucal deverá estar incluída nas políticas de atenção ao idoso que, idealmente devem fazer parte da atenção à saúde assegurada pelo SUS, para este grupo da população, a prevenção e a terapia das doenças bucais, seja em ambiente ambulatorial, em consultórios ou clínicas de referência, ou em ambiente domiciliar inclusive com uso de equipamento odontológico transportável em certos casos. Portanto, é esperado que a proposta de reorganização apresentada neste trabalho possa contribuir para nortear o trabalho dos profissionais que compõem as quatro ESB implantadas na Estratégia Saúde da Família em Conselheiro Lafaiete, com vistas a criar condições para que o serviço possa ofertar cada vez mais, qualidade e humanização no atendimento ao idoso buscando garantir-lhes o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e a auto-estima, com a realização de tratamentos adequadores e restauradores possibilitando melhorias na mastigação, estética e fugindo dos atendimentos isolados da livre demanda exclusiva.

8.2.1 Planejamento da Saúde Bucal do Idoso

O desafio representado pela implementação do SUS para Cardoso et al. (2009), exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é, sem dúvida alguma, o Planejamento.

Os resultados encontrados no levantamento em relação ao índice CPOD, IPC, lesões de mucosas e necessidade de próteses, bem como a avaliação funcional dos idosos realizada, permitiram os profissionais das ESB conhecer mais detalhadamente as suas necessidades em saúde bucal, o que direciona o presente trabalho a propor aos profissionais, linhas de conduta no que diz respeito ao planejamento da saúde bucal do idoso.

O diagnóstico realizado pelas equipes quanto à saúde bucal da população maior de 60 anos residentes nas áreas de abrangências mostra conforme Ministério da Saúde (2006) que, “a compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua

realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social”.

Para tanto, de acordo com Batista (2009) e Santos (2009), os seguintes itens de ação devem ser aperfeiçoados pelos profissionais quanto à atenção em saúde bucal prestada aos idosos nas respectivas ESB implantadas:

- Mapeamento clínico das necessidades odontológicas dos idosos (tratamento preventivo, restaurador, cirúrgico, periodontal, reabilitação);
- Identificação, avaliação dos fatores determinantes das doenças bucais e de seus impactos sobre o perfil epidemiológico desta população;
- Identificação dos nós-críticos, esses, em geral, implicam as seguintes questões: hábitos inadequados de dieta e de higiene bucal, nível de informação / educação da população, representação social da saúde bucal e dos recursos para sua manutenção, utilização e acesso aos serviços odontológicos e processo de trabalho da ESF;
- Reconhecimento dos recursos disponíveis e do potencial de resolubilidade de cada um deles;
- Desenvolvimento dos planos operativos com base nos resultados e produtos esperados e nos recursos disponíveis;
- O processo de trabalho deve envolver todos os membros da ESF, principalmente quando consideramos que os idosos, por serem na grande maioria edêntulos, desconsideram as necessidades de acompanhamento odontológico;
- Para o caso do município de Conselheiro Lafaiete que ainda não conta um centro de referência ou serviço público de prótese e sendo a demanda por este serviço extremamente elevada, sugere-se a contratação de um serviço terceirizado ou a pactuação com os municípios mais próximos onde este tipo de serviço já esteja implantado.

8.2.2 Planejamento das ações

Na organização das ações e serviços de saúde, segundo Ministério da Saúde (2006), o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. Viabiliza por meio de ações estratégicas, onde se estabelecem metas, a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação destas operações. O êxito do planejamento depende da implicação de profissionais, lideranças e/ou representantes da comunidade.

Portanto, um dos objetivos deste trabalho é apresentar o planejamento das medidas de enfrentamentos, para melhoria da condição de saúde da população idosa.

8.2.3 Atividade clínica na UBS

O atendimento ao idoso terá como objetivo: tratar e manter os dentes existentes, examinar e detectar lesões pré-cancerígenas, avaliar a necessidade de prótese e encaminhar para um serviço terceirizado ou futuramente para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em processo de implantação no município e estimular a auto-estima do idoso através das práticas de humanização. Na atenção básica o planejamento deverá garantir ações individuais na UBS voltadas para o tratamento clínico das doenças bucais mais prevalentes dos idosos como a doença periodontal, cáries, especialmente à cárie de raiz e pesquisar as lesões de tecido mole. Os procedimentos clínicos também deverão ser planejados considerando o nível de dependência do paciente.

A avaliação da condição funcional dos idosos da área de abrangência vai determinar que os classificados como independentes através do Índice de Katz Modificado podem ser atendidos na UBS, sendo que o atendimento deverá ser agendado preferentemente para duas manhãs durante a semana.

Os seguintes critérios devem ser adotados para garantir e priorizar o tratamento dos idosos independentes:

- idosos que compõem os grupos de hipertensos e diabéticos;
- busca ativa em visitas domiciliares feitas pelo ACS e CD;
- demanda espontânea (onde atenção de urgência/emergência na UBS estará garantida aos idosos a qualquer momento).

Aos idosos dependentes, acamados, residentes na zona rural e em instituições de longa permanência a equipe deverá prover meios para garantir a universalização das ações de saúde bucal a estes pacientes com dificuldades de acesso ao serviço odontológico.

Conforme a SES-MG (2006), a primeira consulta odontológica deve ser feita, com atenção para algumas das seguintes características próprias dessa faixa etária:

- O dentista deve avaliar as condições da boca, da face e do pescoço e também estar atento para os aspectos gerais do usuário (condições de vida; postura; facilidade de locomoção; dependência; condição sistêmica; dieta; estado nutricional; estado psicológico; coloração e tonicidade da face);
- A abordagem deve ser feita sempre centrada no idoso, dirigindo-se a ele, e em caso de necessidade, informações complementares podem ser obtidas junto à família ou ao médico que faz o seu acompanhamento;
- A avaliação da dieta e do estado nutricional é importante, pois edentulismo e perdas dentárias podem contribuir para uma dieta inadequada;
- Em caso de usuários com doenças sistêmicas (diabetes, hipertensão, demências, etilismo, etc.), deve ser solicitado ao médico parecer sobre as suas condições para realizar o tratamento indicado. A interação usuário/profissional é muito importante no cuidado com o idoso, e a equipe deve ser sensível em relação às limitações que o usuário possa apresentar, ouvindo e respeitando suas colocações e necessidades;
- Quando algum problema não puder ser resolvido na UBS o idoso deverá ser referenciado para a atenção especializada em caso de doença periodontal, procedimentos endodônticos, lesões de mucosa e necessidades de próteses. O município de Conselheiro Lafaiete apesar de ainda não ter implantado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO possui a Policlínica Odontológica para onde são referenciados os pacientes para a atenção especializada em saúde bucal nas especialidades de endodontia, periodontia, estomatologia e cirurgia oral menor;

- Para os idosos edêntulos que necessitam de prótese para a garantia de integridade na assistência a saúde, a Secretaria Municipal da Saúde através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) deverá pactuar a confecção de próteses totais com o município vizinho de Ouro Branco que tem instalado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO II.

8.2.4 Plano de tratamento

Conforme estudos e apresentação de levantamentos diversos, as condições bucais relevantes mais comuns nos idosos são: cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos moles, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal adaptada. Portanto, o profissional deverá realizar um exame criterioso para detecção destas condições e seus fatores determinantes e com isso permitir a confecção de um plano de tratamento de acordo com as necessidades pessoais.

O plano de tratamento deve ser individualizado e definido tendo como base as condições sistêmicas do usuário (gravidade do caso, uso de medicação, grau de tolerância para tratamentos mais longos, entre outros), uso de medicação, grau de cooperação e suas expectativas e tolerância em relação ao tratamento.

- Sempre que possível, a mutilação deve ser evitada;
- Deve ser estabelecido também um plano de acompanhamento baseado nas necessidades percebidas pelo profissional;
- Devem ser constantemente avaliados durante as consultas o conforto do usuário e a necessidade de interrupção. Consultas mais curtas podem ser mais adequadas;
- Devem ser evitadas alterações funcionais drásticas feitas em um curto período de tempo na cavidade bucal dos idosos. As alterações necessárias devem ser feitas gradativamente em cada sessão, possibilitando a adaptação do sistema nervoso às mudanças funcionais;
- O acompanhamento periódico de usuários que fazem uso de prótese móvel ou apresentam fatores de risco para o câncer bucal deve ser feito, assim como a

orientação sobre a importância do auto-exame periódico. Em caso de dependência do usuário, a família/cuidador devem ser orientados;

- A atenção em saúde para essa faixa etária deverá incluir o atendimento extra clínica, a partir do acesso ao usuário nos domicílios, em instituições ou hospitais localizados na área de abrangência da equipe de saúde. Portanto, a Equipe Saúde da Família deve estar organizada para acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diária, que necessitem de atendimento no domicílio.

Enfatizando o trabalho multidisciplinar que deve ser realizado pela equipe quanto ao atendimento dos usuários com doenças sistêmicas, o profissional de saúde bucal deve sempre solicitar ao médico parecer sobre as condições do idoso para realização do tratamento odontológico. Como exemplo da necessidade deste comprometimento mútuo, a maioria dos medicamentos tem efeitos colaterais na cavidade bucal (exemplo: gosto metálico, falta de paladar e xerostomia). É necessário, portanto interação da equipe de saúde para discutir a revisão das prescrições. Nos exames clínicos, os profissionais que compõem a equipe devem observar atentamente as lesões preexistentes, pois podem ser sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento dependerá da precocidade do diagnóstico.

8.2.5 Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal

Os dados epidemiológicos demonstram que os índices de casos de câncer de boca permanecem inalterados, ou mesmo superiores em algumas localidades. Mesmo a prevenção tendo assumido um papel significativo no modelo de saúde brasileiro, o câncer bucal continua constituindo-se, pelos altos índices de mortalidade, em um problema nacional de saúde pública (Ministério da Saúde, 2001).

Além da cárie dentária e doença periodontal, doenças de alta prevalência na população em geral, outras doenças acometem os tecidos duros e moles da boca, destacando-se, dentre elas, o câncer bucal, com prevalência estimada em 7% da população mundial. Os

principais fatores de risco para o câncer bucal são o vício de fumar, o consumo de álcool e exposição continuada à luz solar (risco para câncer de lábio).

O papel dos dentistas na prevenção e diagnóstico precoce dessa patologia é extremamente relevante, devendo juntamente com os profissionais da equipe de saúde da família, propiciar condições que possibilitem a identificação dos principais fatores de risco para o desenvolvimento desta doença visando à qualidade de vida da população geral e especificamente dos idosos portadores de lesões potencialmente malignas. Para tanto é de suma importância observar os seguintes itens de ação:

- A equipe de saúde da família deverá desenvolver ações educativas e preventivas em saúde bucal, o exame acurado da cavidade bucal e tecidos adjacentes dos usuários, a eliminação de fatores irritantes locais, encaminhando para tratamento e/ou elucidando o diagnóstico na própria unidade básica de saúde;
- Exames e encaminhamentos: O dentista realizará o exame da cavidade bucal dos idosos como rotina durante o tratamento e anualmente quando comparecerem à UBS para tomar a vacina contra gripe. Aqueles que apresentarem alterações dos tecidos bucais serão agendados para uma nova consulta. Numa segunda etapa serão realizadas: biópsias, tratamento cirúrgico, medicamentoso, conduta expectante, remoção de fatores traumáticos, entre outros;
- Os pacientes poderão ter seu problema resolvido nesta segunda etapa. Para casos mais complexos, o paciente deverá ser encaminhado para Hospitais de Referência para o Tratamento de Câncer obedecendo à estruturação de um sistema de referência do SUS.

Ainda em relação ao câncer bucal, de acordo com Ministério da Saúde (2006), a equipe de saúde deve ficar atenta para ocorrências de sinais e sintomas que chamam a atenção e que podem indicar a necessidade de avaliação pela equipe de saúde bucal, tais como:

- Dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos;
- Queixa de dor ou desconforto;
- Costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, líquidos ou tenros e refugando os que necessitam de mastigação;

- Queixas no momento da higiene oral ou da manipulação da sua boca;
- Resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal;
- Mau hálito;
- Boca seca ou ardência bucal;
- Feridas na boca;
- Sangramento gengival.

8.2.6 Ações educativas e preventivas em prol da promoção da saúde bucal dos idosos

Segundo Barros (2007), os objetivos da ação educativa em saúde, voltados para intervenção sobre os fatores que determinam o processo saúde–doença bucal, nos seus aspectos relacionados aos estilos, condições e modos de vida, além dos processos biológicos, exigem que se adote como ponto de partida para a ação, procedimentos que permitam conhecer as principais características de saúde da clientela, na relação com seu contexto de vida e sistema de valores sócio–culturais.

As ações educativas e de prevenção devem ser sempre estimuladas pelas equipes, principalmente por ser esta uma faixa etária que se encontrou durante muito tempo sem acesso à atenção em saúde bucal. As instituições e as campanhas de vacinação para idosos são exemplos de espaços que podem ser utilizados para ações coletivas com vistas a ampliar conhecimentos e potencializar habilidades para prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal (em especial as decorrentes do uso de próteses).

Os profissionais das respectivas equipes deverão estar então preparados para contribuir com iniciativas coletivas que visem garantir as condições ambientais propícias ao desenvolvimento de hábitos que favoreçam a saúde bucal dos idosos. Para isso, as equipes deverão desenvolver planos educativos e preventivos procurando ajudá-los a melhorar sua imagem, permitindo-os valorizar-se e cultivar uma atitude positiva, que muitas vezes está comprometida pela falta de dentes, restabelecendo a dignidade, o otimismo e a alegria de viver, caminhos essenciais para envelhecer bem.

Desenvolver competências e habilidades para o controle de fatores de risco comuns à saúde bucal e à saúde geral dos idosos deve ser uma atribuição de todos os profissionais.

QUADRO 14. Plano Operativo do Planejamento para Saúde dos Idosos nas Equipes de Saúde Bucal Implantadas.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Alimentação saudável Modificar / melhorar hábitos alimentares para prover melhorias nutricionais dos idosos e prevenir doenças como a cárie, diabetes e obesidade.	Reduzir o consumo de açúcar, carboidrato, gordura e sal e induzir o consumo de alimentos com poder nutritivo (verduras, legumes e produtos naturais).	Programa de horta caseira, Programa de horta no PSF, Programa “alimentação saudável para a 3ª idade” e palestras com nutricionistas.	Apresentar o projeto com apoio das instituições.	ESB junto à Coordenação de Saúde Bucal e comunidade.	Três meses para o início das atividades
Vida ativa na 3ª idade Aumentar a sociabilização, orientação e lazer comunitário, da população idosa, integrando o idoso e seu cuidador com a equipe do PSF com o objetivo de fortalecer a busca da qualidade de vida para esta população.	Aumentar a atividade física e socialização do idoso e valorização e atenção ao cuidador. População mais informada sobre saúde bucal	Avaliação do nível de informação da população idosa e seus cuidadores sobre a importância dos cuidados com a higiene bucal e programas de reuniões, grupos operativos, de caminhadas e atividades de lazer	Apresentar o projeto com o apoio das instituições	Equipe Saúde da Família e Coordenação de Odontologia, SMS,	Início das atividades em 2 meses e término em 6 meses
Melhor idade melhor sorriso Melhorar a estrutura do serviço para reduzir o nº. de idosos com necessidade de próteses.	Aumentar a atenção odontológica de idosos, preventivo e curativo e aumentar oferta de escovas, creme e fio dental e prótese.	Campanhas frequentes sobre o auto-exame do câncer bucal, compra de kits de higiene bucal com regularidade para uma oferta constante e contratação de laboratório de prótese.	Apresentar o projeto com o apoio das instituições	Toda ESF, Secretaria da Educação e Assistência Social e representante comunitários.	Apresentar o projeto e iniciar as atividades em 2 meses
Linha de cuidado -Implantar a linha de cuidado em saúde bucal para o idoso e seu cuidador. - Reorganizar o processo de trabalho para melhor efetivar, otimizar e legitimar as ações propostas	Aumentar a adesão dos usuários às medidas preventivas odontológicas e reduzir a vulnerabilidade de indivíduos e famílias às doenças bucais.	Atividades educativas; Monitoramento dos grupos de risco bem como dos fatores de riscos que levam à perda dentária. Treinamento para os cuidadores de idosos	Apresentar o projeto com o apoio das instituições	Equipe Saúde da Família, Coordenação Atenção Básica em Saúde e Secretaria Municipal da Saúde.	03 meses para o início das atividades e duração continuada com avaliação semestral

REFERÊNCIAS

Almeida MI et al. O papel da saúde bucal na promoção da saúde do idoso. **Odontologia e Sociedade**. 2008;10(2):12-20.

Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2006;11(1):123-130.

Batista ACP. **Levantamento de necessidades em relação ao índice CPO, IPC, lesões de mucosa e necessidade de próteses da área de abrangência e Aplicação dos índices Katz, IADHB e GOHAI**. Atividades 2 e 4 – Módulo Saúde Bucal – Atenção ao idoso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Conselheiro Lafaiete, 2009

Barros CMS. **Manual técnico de educação em saúde bucal** – Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. 132p

Boraks S. **Distúrbios bucais na terceira idade**. In: Brunetti R, Montenegro FLB. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. Cap. 6. p. 87-97.

Brunetti RF et al. Interações entre a Medicina e a Odontologia no tratamento do paciente geriátrico. **Atual Geriat**. 1998;16(3): 6-9.

Brunetti RF, Montenegro FLB. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.

Bulgarelli FA. **Saúde bucal em idosos: queixas relatadas, Ribeirão Preto (SP)**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de Mestre. Ribeirão Preto 2008.

Campostrini EP, Zenóbio EG. **Avaliação pelo odontólogo**. In: MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: REVINTER Ltda, 2002. p.179-207.

Cardoso FC et al. **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Unidade Didática I. Módulo 3: Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. Editora UFMG – Nescon UFMG, Belo Horizonte, 2008.

Cericato GR et al. **A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal**. Revista da Faculdade de Odontologia. Universidade de Passo Fundo, v. 12, p. 18-23, 2007.

Chaimowicz F et al. **Saúde do Idoso**. Unidade Didática II. Tópicos Especiais em saúde da Família. Nescon UFMG. Belo Horizonte: Editora COOPMED, 2009.

Faria H et al. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: Unidade Didática 1**, 66 p.: (Educação a Distância) p. 7, Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

Franks AST, Hedegard B. **Odontologia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Labor, 1977, p.131-162.

Gato NVL. **Os efeitos do treinamento de força no sistema muscular em pessoas no processo de envelhecimento**. FEFISO, Sorocaba 2004.

Guerra MEM, Turini B. **Estudo das condições de saúde bucal dos idosos que freqüentam o Grupo da Terceira Idade da UNIMED de Londrina – PR**. Artigo apresentado como trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2001.

Habib CMCLA, Caldas PC. O trabalho de consciência corporal humanizado em idosos com transtorno cognitivo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2008;11(1): 38p.

Hebling E, Rodrigues KC. O Estatuto do Idoso e a Saúde Bucal. **ROBRAC**. 2006;15(39): 1981- 3708.

Medeiros CLA et al. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line]** 2007; 9(2): 379-388.

Mello ALSF et al. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto Contexto Enferm.** 2008; 17(4): 696-704.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. **Atualidades em Tabagismo e Prevenção do Câncer**. INCA/ Pró Onco - on line –Ano 10 – jan./mar., 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Série C. Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília, 2002. 24 p.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ª edição**. Brasília, 2006.

Monti ML et al. Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2006;9(2):35-47.

Moreira SR et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública.** 2006; 21(6):1665-1675.

Murakami UMA et al. Equidade frente a necessidade de prótese dentária na população de 65 a 74 anos de idade em Curitiba. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 2007;16(2):139-141.

Novais WN. **Acesso do idoso ao tratamento odontológico na Equipe Saúde Bucal Santa Cruz.** Conselheiro Lafaiete, 2009.

OPAS – OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

Ornelas AF. **Idosos e processo de envelhecimento.** Publicado por Marcos Vinhal, Santos 2008.

Papaléo Netto M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 2002. p.3-12. visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

Pereira PTM. **Envelhecimento, saúde bucal na terceira idade.** Disponível em <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=814>>. Acesso em 24/10/2009.

Pinto LP. O espectro da odontologia geriátrica: diagnóstico. **RGO.** 1982;30(4):273-275.

Reis BGCS, Marcelo CV. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2006; 11(1): 191-199.

Rodrigues MF. **Condição e percepção de saúde bucal em idosos hipertensos participantes do Programa de Saúde da Família, no município de Governador Valadares – MG.** Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Odontologia da Faculdade de Odontologia UFMG, Belo Horizonte, 2002.

Rosa et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** 1992; 26:155-60.

Saintrain LVM, Vieira SEJL. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2008;13(4):1127-1132.

Santos, M.L.S. **Levantamento de necessidades em relação ao índice CPO, IPC, lesões de mucosa e necessidade de próteses da área de abrangência e Aplicação dos índices Katz, IADHB e GOHAI.** Atividades 2 e 4 – Módulo Saúde Bucal – Atenção ao idoso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Conselheiro Lafaiete, 2009

Santos Filho DS et al. Odontogeriatrics: uma análise do interesse da comunidade científica no estudo da relação entre as estruturas da boca e o processo de envelhecimento. **RBCEH.** 2008; 5(2): 79-87.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Linha Guia - Atenção em Saúde Bucal**. Primeira Edição. Belo Horizonte, 2006.

Silva MME et al. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. **Revista Ciência em Extensão**. 2005;2(1): 62-74.

Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Saúde da Família**. 2002; 6: 36-43.

Soares EL. **Levantamento de necessidades em relação ao índice CPO, IPC, lesões de mucosa e necessidade de próteses da área de abrangência e Aplicação dos índices Katz, IADHB e GOHAI**. Atividades 2 e 4 – Módulo Saúde Bucal – Atenção ao idoso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Conselheiro Lafaiete, 2009

Vargas AMD et al. **Saúde Bucal – Atenção ao Idoso** - Unidade Didática II. Tópicos Especiais em saúde da Família. Nescon - UFMG. Belo Horizonte: Editora COOPMED, 2009.

Veras RP et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**. 1987; 21(3): 225-3.