

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

SAÚDE COLETIVA

**MOTIVAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA DAS ESF FRENTE A UM NOVO
DESAFIO:**

Política Nacional Atenção à Saúde do Idoso

**Belo Horizonte
04/12/2009**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Alessandra Dias da Silva

**MOTIVAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA DAS ESF FRENTE A UM NOVO
DESAFIO:**

Política Nacional Atenção à Saúde do Idoso

**Monografia apresentada como pré-requisito
exigido para conclusão do Curso Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Universidade
Federal de Minas Gerais - UFMG.**

**Belo Horizonte
04/12/2009**

SILVA, Alessandra Dias da. "Motivação do Cirurgião-Dentista das ESF Frente a um novo desafio: Política Nacional Atenção à Saúde do Idoso". Belo Horizonte, 2009, 23p. Monografia (Pós-Graduação). UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais – Curso de Saúde Coletiva.

Resumo

Os gestores de saúde estão diante de um novo desafio: o aumento crescente da demanda de usuários acima de 60 anos nos serviços. Diante desse quadro o Ministério da Saúde resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria GM/MS Nº 1395/99. Daí, a necessidade de melhorar a qualidade da prestação de serviços ofertados pelo sistema público, repensar o modo como as ações são ofertadas e o papel de cada profissional dentro do novo contexto. Neste trabalho analisaremos o caráter motivacional do profissional cirurgião dentista nas Unidades de Atenção Primária para o atendimento ao idoso. É necessário trabalhar a gestão de pessoas para que a equipe busque motivação e capacitação e visando renovar o papel da assistência em relação a saúde do idoso.

Palavras-chave: Política, idoso, cirurgião-dentista, motivação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
1 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
1.1 Condições bucais mais comuns no idoso.....	11
1.2 Fatores que predispõem os idosos a doenças bucais.....	12
1.3 A cárie no paciente idoso.....	13
1.4 Enfermidade periodontal nos pacientes idosos.....	15
1.5 Alterações na mucosa dos pacientes idosos.....	17
METODOLOGIA.....	19
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

INTRODUÇÃO

No dia primeiro de outubro de 2003 foi publicada a Lei nº 10.741 relativa ao Estatuto do Idoso, e em seu art. 1º define como idoso toda pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos. O estatuto está dividido em sete títulos e, alguns desses, subdivididos em capítulos, num total de 118 artigos. Com a entrada desta lei em vigor, o idoso passa a ter uma gama de direitos especiais, sendo que, vários deles, já eram constitucionalmente garantidos, como, por exemplo, de ir e vir, o direito à crença ou culto religioso, o direito à vida, à saúde, à educação entre outros.

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e é importante afirmar que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso todos esses direitos através da elaboração de Políticas Públicas. (CANDIDO et.al, 2004).

O Ministério da saúde atento a gama de dificuldade pelas p=quais atravessam os maiores de 60 anos, entendeu propor diretrizes e obrigações ao Estado para garantir atenção integral a saúde da população idosa. E em 19 de outubro de 2006 o Ministério publica a Portaria nº 1395/99 que trata da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Essa política prevê atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em um 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.

Compete, então, ao Sistema, por exemplo:

_ Fornecer vacinas e reabilitação, orientada pela geriatria e gerontologia para redução das seqüelas decorrentes do agravamento da saúde.

_ A prioridade no atendimento à saúde do idoso pelos serviços públicos, consiste em:

1) Assistência imediata, sempre que possível, ou o oferecimento de acomodações adequadas quando for indispensável a espera;

2) Disponibilização de locais exclusivos para a marcação de consultas, exames e demais procedimentos médicos;

3) Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério do médico;

4) Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Porém, pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

A legislação dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde determinando que, em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde, bem como a cobrança de valores diferenciados em função da idade.

A situação de saúde, hoje, no Brasil em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes. A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (MS 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar as doenças cardiovasculares, aos cânceres, aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doenças no Brasil já estavam, em 1998, o diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença do cérebro vasculase o transtorno depressivo decorrente.

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras e há necessidade dos gestores adotarem como estratégia principal a implantação de redes de atenção à saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado que possam permitir prestar uma assistência contínua à população. A pré condição para a eficácia e a equidade dessa rede é que o seu centro de coordenação seja a unidade de atenção primaria (MORAES, E. N. 2006).

Geralmente as necessidades de tratamento dos idosos estão relacionadas ao edentulismo, à falta de elementos dentários, à carie dental, abrasões e à doença periodontal. A maior parte das incidências de neoplasias na cavidade bucal também incide em maior prevalência nesse grupo (FRARE, S. M. et al 1997).

Nas duas ultimas décadas alguns estudos relacionados com adultos idosos têm se fixado nas questões relacionadas à saliva, por se acreditar cada vez mais que ela seja indispensável à integridade dos dentes e dos tecidos bucais, e que as alterações no fluxo salivar, em sua composição ou em ambos, nos adultos de meia idade e idosos, podem ter um papel relevante na maior suscetibilidade à cárie dental, assim como em outras doenças ou distúrbios bucais (LINDLE, 1992). Acrescente-se ao fato de que centenas de drogas têm potencial para afetar a função da glândula salivar, e que o uso de medicamentos pelos idosos é consideravelmente maior do que o da população mais jovem pode-se imaginar a relevância desse problema.

A saúde bucal é segundo (CARRANZA, F. A. 1997) “um padrão de saúde das estruturas bucais que permite os indivíduos falar e socializar sem doença ativa, desconforto u embaraço e que contribui para o bem-estar geral.”

A partir desse conceito ampliado de saúde, 47,8% dos idosos avaliados no levantamento epidemiológico de saúde bucal de 2003 (SB-BRASIL, 2003) consideravam sua capacidade mastigatória ruim.

Problemas mastigatórios podem levar a deficiências nutricionais, a enfermidade periodontal está associada à doenças cardiovasculares, sendo que alguns estudos sugerem uma possível relação entre pneumonia aspiratória e doença periodontal.

Os aspectos psicológicos também devem ser considerados.

A ausência de dor e desconforto na boca, a capacidade de se alimentar e falar confortavelmente, uma boa aparência restabelecida pela reabilitação dentaria contribuem para a integração social e a preservação da auto-estima (CHALMERS et AL, 2001).

Considerando-se as particularidades do idoso como conseqüência do próprio envelhecimento e seus mitos, devemos tratá-los como pessoas que necessitam da atenção individual que esta fase da vida exige.

Resolvemos, então, voltar o nosso olhar para o profissional de ponta. Ao buscarmos humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários devemos oferecer a esse profissional um ambiente técnico adequado, mudanças constantes no cotidiano dos serviços de saúde para que esse profissional busque se atualizar e se motivar frente a esse novo desafio.

Ponte Nova, município da Zona da Mata mineira situado a 180Km da capital, conta hoje com uma população total em torno de 57.800 pessoas (DATA SUS, 2006). Em 2002, possuíamos 5.728 idosos e hoje, temos 5.900 (DATA SUS, 2006). Ou seja, o município acompanha a tendência mundial: a população de idosos cresce.

As doenças mais prevalentes na faixa populacional, maiores de 60 anos no município de Ponte Nova, em 2007, foram as doenças crônicas degenerativas e neoplásicas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PONTE NOVA 2009).

Em 13 de março de 2008, o município com a presença de autoridades locais e convidados da área da saúde pública, realizou o I Seminário de Atenção a Saúde do Idoso. Nesse seminário, após realização de plenárias e amplas discussões, foram elaboradas varias propostas para serem inseridas no Plano Municipal de Saúde do Idoso e entre as propostas estava a de melhorar a assistência odontogeriatrica na unidade de atenção primaria.

Ao tratar especificamente desse tema levantar-se-á as seguintes questões com relação ao idoso:

- _ Desmistificar que envelhecer não significa ficar edêntulo;
- _ Auto-avaliação da saúde bucal pode ser feita em casa por qualquer indivíduo;
- _ Que o cirurgião dentista deve aferir pressão arterial e fazer a solicitação de teste de glicose;
- _ Aprender a manter a boca limpa sempre que possível.

Com relação aos cirurgiões-dentistas:

- _ Atender as pessoas idosas exige tempo e paciência;
- _ Aferição de PA e teste de glicose devem, ser adotados como rotina de consultório;
- _ Os profissionais devem se preocupar em avaliar a quantidade de medicamentos ingeridos e as doenças existentes.

Para tanto, uma vez organizada, a rede de serviços deve ter profissionais qualificados e comprometidos que saibam realizar a Avaliação Global do Idoso (AGI), e buscar a intersetorialidade durante o atendimento para que, junto a outros profissionais, possam promover a reabilitação oral desse usuário, restabelecendo assim suas funções ortognáticas, fala, mastigação, etc, além, é claro, da estética devolvendo a auto-estima do paciente idoso.

Nesse trabalho procuramos analisar a motivação do CD das Equipes de Saúde da Família (ESF) frente ao atendimento dos usuários acima de 60 anos no município de Ponte Nova _ MG. Para isso realizamos entrevistas com os profissionais das equipes de saúde bucal em seus respectivos locais de atendimento.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Condições bucais mais comuns no idoso

Alterações fisiológicas dos elementos dentais se processam durante o envelhecimento, por exemplo:

Desvio mesial dos dentes provocado pela força de oclusão. Os dentes se tornam mais escurecidos, com tonalidade amarelada, castanha ou cinza. Ocorre desgaste no esmalte devido ao atrito provocado pela mastigação ou por hábitos ciciosos como o bruxismo, assim, a superfície dentaria se torna lisa e polida, devido ao atrito de alimentos e da escovação ao longo da vida (PINTO, 1982).

O esmalte dentário apresenta-se mais maturado em decorrência da maior deposição de fluoretos em sua superfície, conseqüentemente mais resistente ao ataque de ácidos e ao processo de cárie, reduzindo a eficiência do ácido fosfórico na sua desmineralização, quando sistemas adesivos estão sendo utilizados (WERNER, 1998).

Os canalículos dentinários sofrem alterações com a idade, pois há, também, uma calcificação progressiva na dentina periférica, na junção amelo-dentinária e dentinacimento, progredindo em direção à polpa e aos espaços interglobulares. Há uma redução na permeabilidade dos canalículos dentinários, o que ocasiona o aumento do limiar de sensibilidade à dor, devido ao menor fluxo em seu interior (COMARK, 1999).

A polpa dentaria apresenta-se reduzida, fibriótica e com diminuição de sua celularidade. Paralelamente, ocorre redução do número e da qualidade dos vasos sanguíneos e da atividade vascular, tornando-a mais susceptível ao dano irreversível, o que limita o sucesso de tratamentos conservadores. Pode ainda ocorrer calcificação, decorrente de processos cariosos ou traumáticos. Há também redução do número de fibras nervosas o que acarreta um alto limiar de reação a dor. Essa redução faz com que haja respostas alteradas a estímulos do ambiente e a testes de sensibilidade (FRARE et al 1997; WERNER, 1998).

A diminuição das vascularidades levam à menos capacidade de reparação e ploriferação tecidual, tendo como consequência predisposição à gengivite e a periodontite (BERG, 1998).

A capa queratinizada da gengiva torna-se fina ou ausente (tendo uma aparência de cera), e ocorrem com frequência feridas e enfermidades gengivais. Em lugar de uma gengiva pontilhada com aspecto de casca de laranja, encontra-se uma gengiva com aspecto liso e brilhante, com perda de seu contorno (BIRMAM et al, 1991) .

A redução do fluxo salivar em pessoas de idade avançada é resultado de alterações regressivas nas glândulas salivares especialmente a atrofia das células que cobrem os ductos intermediários. A função reduzida das glândulas também provoca alteração na qualidade da saliva (BIRMAM et al. 1991).

A xerostomia¹ pode estar associada a doenças sistêmicas e/ou ao efeito colateral de alguns medicamentos (80% dos pacientes idosos fazem uso de alguma medicação e 90% destes fármacos podem produzir xerostomia). Os sinais e sintomas da queilite angular, alterações do paladar, dificuldade de falar e desenvolvimento enfermidade periodontal e lesões de cárie (CARRANZA, 1997).

Segundo (BORAKS 1998), com a diminuição do volume salivar há uma alteração no equilíbrio bacteriano da cavidade bucal devido ao aumento da quantidade de streptococcus mutans e Lactobacilos.

Durante o envelhecimento, a mucosa bucal sofre mudanças de sua estrutura. Essas alterações correspondem à atrofia epitelial, perda de elasticidade e diminuição da espessura tanto da lâmina própria do epitélio de revestimento como da camada de queratina, o que torna a mucosa da cavidade bucal dos idosos mais susceptíveis a lesões (SHAY, 1997).

1.2 Fatores que predisõem os idosos a doenças bucais

- 1) Dificuldades de higiene bucal e das próteses devido a declínio na saúde geral, distúrbios cognitivos, dificuldades motoras e diminuição da acuidade visual (MELLO, 2001).

¹ (sensação de boca seca).

- 2) Efeitos colaterais de medicamentos levando à diminuição da saliva, hiperplasia gengival, reações liquenoides, discinesia tardia e problemas na fala, deglutição e paladar.
- 3) Efeitos colaterais da terapia de doenças sistêmicas como: radioterapia, terapia com oxigênio e aspiradores bucais que promovem o ressecamento, a redução ou a falta de produção de saliva.
- 4) Alterações sistêmicas que reduzem o fluxo salivar como: síndrome de Sjogren's, artrite reumatóide, sarcoidose, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), menopausa, bulimia, anorexia nervosa, desidratação, diabetes, doença de alzheimer's, depressão.
- 5) Comportamento e atitude: indivíduos que tiveram experiências anteriores de doenças bucais e não conseguem realizar a higiene bucal adequadamente, hábitos dietéticos cariogênicos e a não realização de visitas regulares aos dentistas por longos períodos de tempo (CHALMERS, 2001).

1.3A cárie no paciente idoso

A cárie dentária é uma doença multifatorial caracterizada por perda de mineral, que ocorre devido a um desequilíbrio prolongado entre a superfície dentária e o fluido da placa, resultante da metabolização de carboidratos fermentáveis pelos microrganismos (MAGALHÃES et al, 2004).

A carie radicular é mais comum em idosos e caracteriza-se por uma lesão progressiva, de consistência amolecida, que envolve a participação da placa dental com conseqüente invasão bacteriana. Os estudos têm mostrado que *Streptococos muntans* podem ser isolados com mais frequência e em altos números de várias lesões, embora algumas lesões avançadas geralmente produzam uma microbiota mais diversa, incluindo espécies acidogênicas e proteolíticas trabalhando em conjunto.

A lesão de cárie radicular usualmente se inicia na junção cimento-esmalte ou ligeiramente abaixo dela. Em seu estágio inicial, consiste em um ou mais pontos ligeiramente amolecidos, de coloração alterada, formas arredondadas e rasas. As lesões tendem a se estender lateralmente, ao longo da junção cimento-esmalte, e a coalescer com lesões vizinhas de menor

tamanho, podendo circundar o dente. Em sua forma avançada, caracteriza-se por extensas áreas amolecidas, em geral, de coloração marrom-escura ou preta, envolvendo quase toda a superfície radicular exposta. Uma lesão raramente se estende no sentido apical à medida que a gengiva sofre recessão, mas ao contrário, novas lesões se iniciam no nível da margem gengival (MAGALHÃES et al, 2004).

Na determinação do diagnóstico diferencial entre lesões ativas e paralisadas deve-se considerar sua coloração, localização, consistência à sondagem e presença de placa:

- _ Lesões ativas em seu estágio inicial são amolecidas, cobertas por placa bacteriana de espessura variada, de coloração amarela ou marrom-clara;
- _ Lesões ativas de progressão lenta apresentam consistência coriácea, coloração mais escura, marrom ou preta, podendo ser cavitadas ou não;
- _ Lesões paralisadas apresentam coloração marrom escura ou preta, consistência endurecida, superfície brilhante, polida, livre de placa bacteriana e, quando cavitadas, suas margens são bem definidas;
- _ Lesões mais próximas da margem gengival demonstram maior atividade que as mais distantes devido à espessura da placa imediatamente adjacente a essa região;
- _ Nas faces proximais, lesões radiculares demonstram maior atividade que as faces vestibulares ou linguais, sendo o exame radiográfico importante auxiliar na detecção e na determinação do seu estágio de desenvolvimento (MAGALHÃES et al. 2004).

As lesões de cárie radicular são frequentemente observadas na prática, exigindo do cirurgião-dentista um adequado conhecimento de seu tratamento. Estratégias de controle de lesões cariosas de raiz, tais como regimes terapêuticos voltados ao uso de antimicrobianos, uso de dentifrícios com alto teor de flúor, uso frequente de enxaguatórios com soluções fluoretadas, medidas de educação em saúde bucal e supervisão profissional com reavaliações frequentes, podem ser implementadas (ANUSAVICE, 2002).

1.4 Enfermidade periodontal nos pacientes idosos

O termo “enfermidade periodontal” é um termo geral utilizado para descrever um grupo de afecções das gengivas e das estruturas de suporte do dente (periodonto): raiz dentaria, ligamento e tecido ósseo alveolar. É considerada a segunda causa de perda dental. A periodontite aguda não é comum nos idosos. Entretanto, sua agudização pode ocorrer devido à presença de várias enfermidades sistêmicas presentes nesta faixa etária. A enfermidade periodontal, em razão da proliferação bacteriana que propicia a sua passagem para a corrente sanguínea (bacteremia), é reconhecida como fator contribuinte ao agravamento do quadro clínico de doenças crônico-degenerativas como a doença cardiovascular, respiratória e diabetes.

A doença periodontal não é mais considerada contínua e progressiva, mas entendida em forma de surtos de atividade e inatividade, quando nem sempre há necessidade de intervenção. Numa visão tradicional, o diagnóstico era feito a partir de sinais avançados de alterações de forma e função. Atualmente, dentro de uma visão de promoção à saúde, a doença é entendida como uma doença infecciosa, na qual as alterações de forma e função são consideradas sinais. Deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação do dente, sendo importante no seu tratamento uma abordagem integral, envolvendo as ações de promoção à saúde e prevenção (para controle da atividade da doença) e de tratamento cirúrgico-restaurador e reabilitador (para controle da atividade da doença) e de tratamento cirúrgico-restaurador e reabilitador (para tratamento de seus sinais e sequelas).

Com a evolução do conceito do entendimento das doenças periodontais, conclui-se que gengivite e periodontite são processos independentes, isto é, gengivite não necessariamente evolui para uma periodontite, a gengivite é o estágio inicial nessa evolução.

A gengivite é uma manifestação inflamatória na gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supra gengival e rompimento do equilíbrio agressão/defesa. É a doença bucal de maior prevalência desde que haja acúmulo de placa sobre os dentes por certo período de tempo. As condições inflamatórias presentes na gengivite favorecem o surgimento da

placa bacteriana subgengival, mais virulenta que a supragengival, que causa a inflamação dos tecidos de suporte. A periodontite é portanto, a inflamação dos tecidos de sustentação dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo, conseqüente da agressão promovida pela placa bacteriana subgengival.

O desenvolvimento da periodontite ocorre por um processo agudo, que pode ficar crônico por um longo período ou apresentar melhoras. A grande maioria da população apresenta uma progressão moderada para as periodontites, com uma minoria apresentando progressão rápida.

O principal fator para a prevenção da gengivite e periodontite é o controle da placa. A eliminação completa da formação da placa não é possível pelos métodos mecânicos individuais, e nem necessária, pois a saúde periodontal é compatível com baixos níveis de placa. É fundamental a atuação prioritária em usuários que apresentam maior risco em relação à doença, como diabéticos, gestantes, imunodeprimidos, usuários com história de doença passada, tabagistas e família sob risco social.

Atenção especial deve ser dada para o controle da doença através de ações educativas, profilaxia e raspagem, remoção de fatores retentivos de placa, adequação do meio bucal, tipo de dieta e uso do tabaco. Quando existirem fatores sistêmicos ou medicamentos que possam contribuir para as doenças bucais, deve-se entrar em contato com o médico para tentar minimizar os efeitos desses fatores na cavidade bucal.

A queilite angular se manifesta como uma “prega” junto das comissuras labiais que se mantém constantemente umedecida por saliva. Pode ter como causas a perda da dimensão vertical de oclusão, deficiência de vitaminas B, doença de Parkinson, desidratação, ressecamento da mucosa labial e de rachaduras. O sintoma clínico é a ardência nos cantos da comissura labial, muitas vezes com a presença de sangramento a um esforço maior na abertura de boca. A coloração branca é devido à presença de *Cândida albicans* (LORANDI, 1990).

O aumento na incidência de câncer com a idade, a tendência de muitos idosos, especialmente os edentados, de não realizarem visitas regulares aos dentistas e a importância do diagnóstico precoce dessa patologia, aumentam a responsabilidade profissional na prevenção dessa doença na cavidade bucal.

A prevenção do câncer bucal deve estar voltada para o uso do tabaco e do álcool, orientação para hábitos dietéticos saudáveis, realização de um controle odontológico regular para a redução de irritações e injúrias mecânicas nas mucosas.

Pacientes expostos à luz solar por longos períodos devem estar protegidos com protetores labiais e faciais.

1.5 Alterações na mucosa dos pacientes idosos

Achados frequentes como hiperqueratoses e leucoplasias se manifestam constantemente na mucosa dos lábios e das bochechas de pacientes idosos (BORAKS, 1998).

A condidíase constitui um problema frequente na velhice. Sua incidência é elevada devido à presença de condições debilitantes, deficiências vitamínicas, trumas e, em muitos casos, higiene diminuída.

A estomatite por prótese pode ser causada por *Cândida* (mais comum), infecção bacteriana, irritação mecânica ou outras reações alérgicas, provocadas por constituintes do material de base da prótese. Esses sintomas podem ser classificados em três tipos: áreas vermelhas discretas sob próteses, vermelhidão generalizada em toda área de suporte da prótese e vermelhidão associada com hiperplasia papilar. A resposta tecidual ulcerosa ou hipertrófica. Quando essa injúria é grave o suficiente para destruir a integridade da mucosa, a ulceração ocorre (FRARE et al. 2006).

Na língua, a região de maior frequência de alterações é a dorsal, onde se observam atrofia das papilas linguais, bem como o aspecto fissurado da superfície e depósitos que configuram língua saburrosa. As varicosidades são encontradas na porção ventral e estão relacionadas com a diminuição da espessura da mucosa. A língua é o local de maior incidência do câncer bucal, e, portanto, medidas de prevenção são importantes.

A atrofia de dois terços das papilas e fissuração da língua, particularmente após os 60 anos, associados ao desenvolvimento de paladar, principalmente, devido à diminuição das terminações nervosas (LORANDI, 1990).

A má higiene bucal pode determinar considerável diminuição da percepção gustativa pela simples presença física de matéria Alba, fragmentos e restos de alimentos sobre os corpúsculos gustativos, dificultando, assim, a estimulação dos quimiorreceptores bucais. As alterações gustativas podem também ser causadas por efeitos colaterais temporários pelo uso de medicamentos. Devido a esses fatores, muitas vezes, o idoso sente necessidade de aumentar o sal e o açúcar dos alimentos predispondo ao desenvolvimento de doenças sistêmicas e bucais.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através de entrevista com os cirurgiões dentistas de Ponte Nova. O instrumento de coleta de dados foi um questionário que tinha como objetivos aspectos motivacionais dos profissionais de ponta – aqueles que lidam com os usuários no dia-a-dia da unidade.

Trata-se de um questionário semi-estruturado com cinco questões, abordando três temas:

1º- Preparo e atualização do profissional para lidar com usuários acima de 60 anos;

2º- Infra-estrutura local do SUS;

3º- Acolhimento do idoso pela ESB.

Foram distribuídos 13 (treze) questionários entre os dentistas da rede pública municipal. Os dentistas responderam o questionário no local de trabalho e foi recolhido posteriormente pela pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que:

Com relação ao conhecimento da Política Nacional de Saúde do idoso, 9 (nove) dentistas (69,2%) afirmaram que conhecem, mas quando foram questionados sobre o conteúdo relataram que:

Trata-se de:

- _ “parte integrante do pacto da vida”;
- _ “Melhor atenção a saúde do idoso”;
- _ “O governo quer dedicar uma maior atenção à população idosa”;
- _ “Através do Seminário do Idoso promovido pelo SUS – Ponte Nova - debatemos o tema.

Com esses relatos a maioria dos profissionais não demonstrou de fato ter conhecimento à respeito da política, apenas 39,7% afirmaram não conhecer a existência de “tal” política.

Sobre a pertinência da política frente ao aumento crescente da população idosa, dez (10) dentistas (76,9%) acham muito importante por que:

“É uma população que está em crescimento e precisa de cuidados permanentes”

“É necessário para atendê-los melhor e com mais segurança”

“Porque não existe nenhum programa específico destinado ao idoso”

“É uma população que necessita atenção especial”

Quando questionados se em sua unidade de atenção primária há alguma ação voltada para esses usuários (76,9%) afirmaram que sim.

Relataram ações como: grupos de ginástica, grupos operativos, hiperdia e, também trabalho com oficinas de artesanato e prótese total.

Observa-se, através das respostas, que as ESB buscam participar das atividades desses grupos e não apenas têm conhecimento da existência delas. O dentista “sai” do consultório e busca estabelecer vínculo com a comunidade.

Quando pergunta-se sobre a infra-estrutura local do posto, se existe local adequado para acolhimento (momento de “escuta”), 62,9% afirmaram que sim: “casa de Artesanato Ana Flor”, “sala de acolhimento”, “pátio”, e ainda “área de lazer e encontros na quadra”.

Quando nos aprofundamos na questão do preparo técnico, 53,8% concordam e 46,15% não concordaram. Houve uma cobrança para que se intensifiquem os programas de educação continuada e outros afirmaram que buscam conhecimento porque em seus consultórios já atendem em sua maioria, pacientes idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é um dos maiores projetos públicos de inclusão social, reconhecem os sanitaristas e são todos unânimes em afirmar que após 20 anos o sistema, ainda não avançou o suficiente.

É necessário ter gestores com perfil de estadista que se comprometam de fato com investimento em “pessoas” e não só em seguir somente a “forma” das diretrizes e leis.

Para Gilson Carvalho, médico-sanitarista que se especializou em financiamento da saúde ao longo dos anos, as chaves da administração moderna da saúde são: investimento em gente, na força de trabalho; descentralização da gestão com empoderamento da equipe; planejamento baseado em modelo de atenção; protocolização (que seria a padronização e rotinização dos serviços); e informação/informática.

Para o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista afirma que o Sistema de Saúde precisa de uma correção de rumos que traga de volta alguns eixos do projeto original da reforma sanitária.

Acreditamos que com a redefinição do modelo de gestão, com apoio e verbas do Ministério da Saúde para o fortalecimento da atenção primária nos municípios, a fim de melhorar a rede física e a contratação e qualificação do pessoal buscando a concretização da Lei dos 5 mais, segundo Gilson Carvalho. “Mais Brasil, Mais saúde (SUS), Mais Eficiência (GESTÃO), Mais Honestidade, Mais Financiamento”, o atendimento ao idoso pode melhorar muito em Ponte Nova.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANUSAVICE, K. J. **Management of dental caries as a chronic infections disease.** Journal of dental educator. V. 62, 10. p.791 – 801. 2002.

BERG. R. **Odontologia x Pacientes de edad avanzada.** Quintessence, V. 11, nº8, p.525 – 541. 1998.

BIRMAN, E. G. et al. **A study of oral mucosal ksions in Geriatric Potients.** Rev. Foc. Odontol. F.Z.L, V.3, nº 1. P.17 – 25. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia operacional e portarias relacionadas/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília; 2002.

_____; PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio): Acesso e Utilização de Servilos de Saúde, 1998.

BORAKS,S. **Atendimento ao idoso.** Ver APCD, ano 32, nº491, p.20. 1998.

CARRANZA. F. A. **A Periodontia clínica: Tratamento periodontal de pacientes geriátricos.** Ed.8. p.449 – 452. 1997.

COMARCK, E. **A Saúde oral do idoso.** Ed. 2.1, 1999. Disponível em <http://www.odontologia.com.br/> . Artigos/ geriatria. HTML.

CHALHERS, J.M. **Geriatric oral health issues in Australia.** International dental Journal. B.51, nº3, p.235. 2001.

ELIAS, R. Odontogeriatría: problemas bucais. IBC-(Instituto brasileiro do câncer). V,3. nº.16. p.22 - 24. 1999.

FRARE, S. M. et al. **Terceira idade: quais os problemas bucais existentes?** Revista da A. P. C. D. V. 51. nº6, p. 573 – 576. 2006.

LORANDI, C. S. et al. **Alterações fisiológicas frequentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso.** Revista Odonto-Ciência. V.10, nº2. pl57 – 61. 1990.

LOURENÇO, R. A; MOTTA, L. B. **Prevenção de doenças e promoção de saúde na terceira idade,** In; VERAS, Renato p. (org). **Terceira idade: Alternativas para uma sociedade em transição.** Rio de janeiro. 1999.

LINDLE, C S. et al. **Alterações fisiológicas presentes na cavidade bucal do idoso.** Quintessence. V.3, nº8. p.525 – 541. 1992.

MAGALHÃES, C. S; MOREIRA, N. A.; FERREIRA, E. F. **Cárie dentária e tratamentos específicos.** In, CAMPOSTIRINI, E. Odontogeriatrics. Ed. Revinter. RJ. p.161 – 167. 2004.

MELLO, J. MHP; GOTLIEB, S.L.D; LAURENTI, R. **A Saúde no Brasil: Análise do período de 1996 a 1999, Brasília:** Organização Pan – Americana da Saúde, p.244. 2001.

MENDES, Villaça. **Os grandes Desafios do SUS.** Tomo I-Salvador. Casa da Qualidade. 2001.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.** Coopmed. 2006 em editoração.

_____; et al. **Envelhecimento populacional; uma realidade brasileira.** Revista saúde pública. São Paulo;.21(3); p. 221-224. 1987.

_____; **A explosão demográfica da Terceira Idade no Brasil: uma questão de saúde pública.** Gerontologia. São Paulo. 1993. 1(1).

_____; et al; a **Longevidade da população: um novo fenômeno.** Revista brasileira de Home Care, ano V. nº49. p.38. 1999.

PINTO. L. P. et al. **O espectro da odontologia geriátrica.** RGO, V.30. nº4. p.237. 1982.

SANT'ANA, M. J. G. **A velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários.** In: VERAS, R. P. (org). **Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio.** RJ. Relume-Dumará / UnATI/UERJ, P.66. 1997.

SHAY, K. **Prosthetic considerations for the older patient. Don't. clin.** North. Am, V.41, nº4. p.817 – 845. 1997.

WERNER, C. W. et al. **Odontologia Geriátrica.** Rev. Fac. De Odontologia. F. Z. L. V-11. nº.1. p. 62 – 69. 1998.