

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO AO IDOSO**

MARISA SANTOS DAVID

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2011

MARISA SANTOS DAVID

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO AO IDOSO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Estela Aparecida Oliveira Vieira

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2011

MARISA SANTOS DAVID

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO AO IDOSO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Estela Aparecida Oliveira Vieira

Banca Examinadora

Estela Aparecida Oliveira Vieira (orientadora)

Prof^a.Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte 15/12/2011

“Como é feliz o homem que acha a sabedoria, o homem que obtém entendimento, pois a sabedoria é mais proveitosa do que a prata e rende mais do que o ouro.”

Provérbios 3: 13-14

RESUMO

A humanização no atendimento é uma política que adotou princípios e marcas norteadoras em diversas áreas da saúde. Nas ações de humanização é preciso conhecer a história de vida de cada paciente para que o atendimento seja eficaz. Este estudo teve como objetivo descrever a relevância de um atendimento odontológico humanizado à pessoa idosa. Utilizou-se como método de pesquisa a revisão narrativa da literatura conhecimentos para subsidiar a elaboração do trabalho. A busca foi nos bancos de dados nacionais para a seleção da literatura da Biblioteca Virtual da Saúde - BIREME e SCIELO. Concluiu-se que os profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, têm papel fundamental na promoção de uma melhor qualidade de vida a pessoa idosa. E para isso, é de tamanha relevância que o profissional em odontologia compreenda o paciente em suas peculiaridades, condições fisiológicas e principalmente psicológicas. A população idosa, por ser um grupo frágil, deverá ser assistida com ações acolhedoras que irão motivá-la ao tratamento por meio da humanização do atendimento, desvendando a principio os obstáculos que a impede de buscar o cirurgião dentista.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Saúde do Idoso. Atendimento odontológico. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The humanization in the attendance is one politics that adopted principles and guiding marks in diverse areas of the health. In the actions of humanization she is necessary to know the history of life of each patient so that the attendance is efficient. This study it had as objective to describe the relevance of a humanized dental attendance to the elderly. It was used as research method, the revision narrative of literature knowledge to subsidize the preparation of the work. The search was in the national data bases for the election of the literature of the Virtually Library of Health - BIREME and SCIELO. One concluded that the professionals of buccal health in the Strategy Health of the Family, have basic paper in the promotion of one better quality of life the elderly. E for this, is of so great relevance that the professional in dental understands the patient in its peculiarities, physiological and mainly psychological conditions. The aged population, by being a fragile group, will have to be attended with welcoming actions that will go to motivate it it the treatment by means of the humanization of the attendance, unmasking begins it the obstacles that hinder it to search the surgeon dentist.

Keywords: Humanization of the assistance. Health of the Aged one. Dental attendance. Strategy Health of the Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- CD - Cirurgião- Dentista
- ESB - Equipe de Saúde Bucal
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- SUS - Sistema Único de Saúde
- THD - Técnico em Higiene Dental
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- USF - Unidade de saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1 Envelhecimento da população.....	13
4.1.1 Saúde bucal do idoso	13
4.1.2 Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.....	15
4.1.3 A equipe de saúde na Estratégia Saúde da Família.....	18
4.1.4 Humanização na atenção à saúde do idoso	22
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A população de idosos tem crescido mundialmente com exceção de alguns países africanos, colocando segundo a Organização Mundial de Saúde, o Brasil, em sexto lugar quanto ao número de idosos até o ano de 2025, constituindo um desafio para a saúde pública.

Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2011) ressaltaram que a transição demográfica da população idosa teve seu marco nos anos 60, quando ocorreu o declínio nas taxas de fecundidade nas regiões de maior desenvolvimento do país e aumento nas taxas de sobrevivência entre os nascidos. Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2011) entenderam que o envelhecimento é uma conquista da humanidade em curso em todas as regiões brasileiras.

De acordo com Chaimowicz *et al.* (2009), no Brasil o aumento na expectativa de vida foi impulsionado pelos progressos na produção e distribuição de alimentos, melhoria das condições sanitárias e de habitação e programas de saúde pública. Outros fatores também contribuíram: a redução da mortalidade infantil, o desenvolvimento dos antibióticos e imunizações.

Silveira Neto *et al.* (2007) definiram o envelhecimento como um processo biológico. Afirmaram que outros entendem como sendo um processo patológico, ou ainda como socioeconômico ou psicossocial.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais definiu o envelhecimento como sendo um processo de muita complexidade que requer atenção especial dos profissionais de saúde (MINAS GERAIS, 2006).

Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2011) comentaram que a taxa crescente da população idosa gera necessidade de uma maior atenção na área da saúde, uma vez que esta população está propensa a agravos de saúde de longa duração, como as doenças crônicas. Desse modo, o envelhecimento saudável deverá envolver ações intersetoriais que sofrem interferência das políticas sociais e de saúde.

Para atender a situação do envelhecimento é primordial o apoio das políticas públicas de saúde, buscando estratégias para uma assistência contínua a essa população dentro de uma perspectiva de eficácia e equidade da rede de atenção primária (MINAS GERAIS, 2006).

A Organização Mundial de Saúde entende que a população idosa deve ser vista dentro de uma perspectiva individual pela atenção primária em saúde, onde as intervenções em busca de atendimento devem ser em torno de orientações e informações quanto as escolhas saudáveis e fundamentais em todos os estágios da vida. No que diz respeito ao

atendimento odontológico, deverá atender o idoso com programas de prevenção de doenças e promoção da saúde bucal, atendimento domiciliar e reabilitação protética (VARGAS, VASCONCELOS, RIBEIRO, 2011).

Desse modo, quando se trata de cuidado do envelhecimento ativo e saudável, este pode ser verificado pelo prisma da manutenção e reabilitação da capacidade funcional e o apoio ao desenvolvimento da atenção integral à saúde do idoso (OPAS, 2005).

A Política de Humanização da Assistência à Saúde asseverou de que nada adianta a garantia de todos os direitos à saúde, se não houver a efetivação da política de humanização, pois, verifica-se que é preciso conhecer o histórico de vida de cada usuário com o propósito de um atendimento seja eficaz. Afinal, é preciso constituir integração efetiva do sistema onde a comunicação torna-se a base do relacionamento profissional – usuário segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PHAS (BRASIL, 2001a).

De acordo com Oliveira (2010, p.104), “humanizar caracteriza-se pelo ato de colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida. Envolve sinceridade e lealdade ao outro e saber ouvir com ciência e paciência”, pois o relacionamento e o contato direto levam ao crescimento. Assim, neste momento de troca, há a humanização, por meio de reconhecimento e identificação do outro como ser humano.

É necessário, entretanto, que todos os profissionais estejam atentos a elementos que irão integrar ao atendimento humanitário, como a solidariedade e a ética, não tão somente na relação entre gestores, profissionais, como também entre os usuários. É imprescindível que se reconheça a individualidade de cada um desses atores, que deverá ser pautada pelo respeito as suas limitações (BRASIL, 2001a).

Para que haja um atendimento humanizado, os profissionais da saúde deverão estar integrados, objetivando estabelecer um vínculo de respeito, solidariedade com segurança e responsabilidade. Perante o exposto, cabe a reflexão sobre a importância de um atendimento odontológico humanizado à pessoa idosa, considerando a valorização dos diferentes atores envolvidos nesse processo.

Diante da prática profissional de saúde é que pude perceber o idoso como um paciente especial e que necessita de atenção primorosa. Essa mesma população muitas vezes não está bem informada com relação ao tratamento dentário, perdendo até mesmo em qualidade de vida. Tenho a preocupação em fazer valer a humanização no atendimento odontológico ao idoso, quanto à sua importância. Nesse sentido, o atendimento humanizado na odontologia torna-se uma ponte para se alcançar benefícios e satisfação no tratamento bucal da população idosa.

A relevância do tema está no deslumbramento das possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso, visto ser este um paciente especial, que requer um cuidado diferenciado, e tem seus direitos assegurados pela lei. Ademais, a saúde bucal, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica é uma das áreas estratégicas para a atuação em saúde em todo o país.

2 OBJETIVO

Descrever a relevância de um atendimento odontológico humanizado à pessoa idosa.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado utilizando o método revisão narrativa, em busca de alcançar o objetivo proposto a partir de um olhar crítico e reflexivo que segundo Rother (2007) constitui-se da análise da literatura descrita nos livros e artigos, seja ela impressa ou eletrônica.

Foram incluídas neste estudo publicações escolhidas através de critérios de inclusão, ou seja: apenas publicações nacionais que tivessem como foco de análise o tema do estudo, sem restrição de data, como dos últimos cinco anos, uma vez que alguns livros e artigos nacionais editados em 1980 pudessem conter dados relevantes. A Base de dados utilizada para as buscas foram LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), Scielo (*Scientific Eletronic Library OnLine*).

Como estratégia de busca, foram utilizados descritores para a pesquisa no banco de dados: Humanização da assistência. Saúde do idoso. Atendimento odontológico na Estratégia Saúde da Família.

Após a análise crítica da literatura, a amostra foi constituída pela produção científica de maior relevância, buscando atender aos critérios de inclusão definidos neste estudo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi elaborada incluindo o envelhecimento da população, Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, a equipe de saúde na Estratégia Saúde da Família, a humanização na atenção à saúde do idoso.

4.1 Envelhecimento da população

Sobre o processo de envelhecimento, Martins *et al.* (2007) entenderam que é um processo único e singular em qualquer indivíduo ao observá-lo como fenômeno biológico. Se por outro lado fosse observar o envelhecer como redução de capacidade dos órgãos, poderia então ser vista como uma etapa de falência e incapacidades na vida. Entretanto, sabe-se que é um processo natural e esperado por todo ser humano, não sendo, no entanto uma incapacidade, pois, não se torna necessário ter todas as capacidades funcionais para viver bem e com qualidade.

Os dados demográficos têm demonstrado um aumento substancial no número de idosos no Brasil, bem como na sua estimativa de vida. Vendo por este ângulo crescente da população idosa, é que se justifica a atenção ativa à saúde dessa população no nível dos vários seguimentos em saúde. De acordo com Araújo *et al.* (2006), a promoção de saúde na população idosa no Brasil deverá ser estimulada em todos os ambientes sociais, fazendo com que o idoso tenha uma ligação com o suporte social familiar e a promoção de saúde.

Chaimowicz *et al.* (2009) descreveram que o Brasil nos anos 60 se encontrou em 16ª posição em número de idosos, prevendo para 2025 até 2050 um índice populacional elevado com mais de 38 milhões de brasileiros acima de 65 anos de idade. A expectativa de vida dos homens foi de 70 anos e mulheres 76 anos.

4.1.1 Saúde bucal do idoso

Diante do conhecimento científico e prático em odontologia, sabe-se que as extrações em série, cárie dentária e a doença periodontal tem como resultado o edentulismo.

Essas práticas levam a um crescimento na demanda de usuários com necessidades protéticas, o que acaba gerando uma necessidade maior do que o serviço pode oferecer (SILVA *et al.*, 2004). Os dados demonstrados pela Saúde Bucal no Brasil são de que 44% de idosos necessitam de prótese superior e 56% de prótese inferior (MINAS GERAIS, 2006).

Brunetti e Montenegro (2002) salientaram que a saúde bucal adequada é fundamental para todo ser humano e em especial para o envelhecimento, uma vez que há um forte declínio orgânico permeado por doenças crônicas. Cuidando da saúde bucal, o idoso evitará complicações dos problemas sistêmicos, e será condicionado a um bem estar ligado a auto estima e também a vida social.

De acordo com Oliveira (2010), os estudos a respeito dos problemas bucais dos idosos são poucos, no entanto se sabe que a necessidade de tratamento relaciona-se à perda dentária, cárie dentária, abrasão, doença periodontal, câncer bucal e lesões da mucosa bucal.

Nesse sentido, a Atenção em Saúde Bucal, traçou estratégias como um conjunto de diretrizes elaboradas pela consolidação do SUS no estado de Minas Gerais. A ideia foi focar no estado de conservação dos dentes dos idosos, a intensidade das doenças bucais e a prevalência do edentulismo. Esses focos de atenção buscaram dar ênfase a qualidade de vida à população idosa (MINAS GERAIS, 2006).

No que diz respeito à qualidade de vida dos idosos, Marcenes *et al.* (2003) afirmaram que esse quesito deverá estar em primeiro lugar, pois, o bem estar e auto estima compõem esta qualidade de vida. Olhando por este vértice, a promoção de saúde bucal contribui para a qualidade de vida, quando dá condições ao idoso de mastigar e ingerir de forma saudável, e ainda proporcionando alimentar-se dentro dos padrões nutricionais.

Chalmers *et al.* (2001), também enfatizaram a qualidade de vida pelo lado da estética, pois, entenderam que nesse quesito, deverá ser contada a boa aparência e a condição de comunicação, são atenuantes para a efetiva interação social e preservação da auto estima.

Contudo, segundo Moreira *et al.* (2005), para que o idoso chegue à atenção em saúde bucal, muitas vezes se depara com diversos obstáculos: como a dependência de familiares, dificuldade de se locomover por algum problema de saúde, a falta de priorização pelos serviços odontológicos, situação financeira e cultural, o medo ou tabus, a falta de crédito na resolubilidade do serviço de saúde.

Conforme definido por Silva e Fernandes (2001), é substancial saber que o comportamento das pessoas liga-se às suas percepções. De acordo com Madeira e Luciano Madeira (2000), os idosos aceitam pacientemente os problemas bucais que vão surgindo com a idade, geralmente conformados e admitindo-os como fenômenos irreversíveis ligados ao

envelhecimento.

Silva e Fernandes (2001) entenderam que muitas vezes os idosos não buscam atendimento odontológico por não perceber de fato as suas necessidades. Logo, um dos primeiros passos para a construção de um programa que inclua ações educativas na atenção bucal, é conhecer a percepção dos indivíduos sobre a sua condição bucal.

Garbin *et al.* (2003) comentaram que a idade avançada pode alterar a habilidade para a realização da higiene bucal, seja por deficiência física do indivíduo ou por falta de motivação e/ou desinteresse, sendo a motivação um fator fundamental na prevenção e no tratamento da pessoa idosa.

A velhice não é fator predeterminante para doenças bucais, porém, nesta etapa da vida, ocorrem alguns problemas como: diminuição da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição, secura na boca e modificações no paladar, problemas estes que têm efeitos negativos e prejudiciais para o idoso (COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004).

4.1.2 Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, como uma “estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção, recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (BRASIL, 2001b, p.5). Este programa surge como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, sendo impulsionado a sua concepção pelo êxito do PACS. Sua implantação deveria ocorrer prioritariamente nas áreas de risco, cuja seleção deveria obedecer aos critérios do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA) (FARIA *et al.*, 2008).

O PSF deve ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, devendo dar condições para que médicos, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas, engenheiros e demais profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor novas práticas (RABELLO, CORVINO, *apud* PINTO *et al.* 2011, p.28).

Frente às dificuldades de se conseguir equidade, a ESF busca estratégias para atender a todos os usuários com isonomia, mesmo existindo condições de desigualdade ou diferenças

sociais de gênero, risco social, acesso aos serviços (BRASIL, 2001b).

ESF busca desenvolver um trabalho de humanização em uma unidade e/ou domicílios. Para que possa então proceder com um trabalho voltado para saúde, a ESF atua junto a uma equipe multiprofissional composta de enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários. Sendo que no ano de 2000 veio somar juntos a esses profissionais, o cirurgião dentista, auxiliares de consultórios dentários e técnicos de higiene bucal. A rede de serviços da ESF envolve uma área definida tomando para si a responsabilidade com determinada população, garantindo atenção integral dos indivíduos e famílias (BRASIL, 2001b).

Portillo (1998), fez sua colocação com relação à participação da categoria odontológica e afirmou que esta precisa da participação de diversas abordagens da sociedade, nos seus diferentes ambientes, para que se firme através de conceitos adequados e indicadores de análise.

De acordo com Raimundo e Paes (1999)

A Saúde Bucal da Família representa uma estratégia de extensão do conceito de atenção no interior da clínica odontológica, bem como as outras clínicas, aos espaços extraclínicos dos coletivos restritos (escolas, creches, associações, igrejas, etc.) e dos espaços amplos (família e domicílio) segundo os princípios do SUS (RAIMUNDO, PAES, 1999, p.9).

A dimensão ética da saúde Bucal como foi vista por Raimundo e Paes (1999), está ligada ao meio social, buscando atender a uma realidade condizente de cada população. Desse modo de acordo com Portillo (1998), poderá a saúde bucal produzir a inclusão social em nível de atenção local, municipal, estadual e federal.

Com relação à Política Nacional do Idoso (PNSI), Lei 8.842/94, as necessidades de saúde dos idosos, merece atenção específica. Nesses termos é que a PNSI foi implantada no Brasil em 1994 e regulamentada em 1996:

Assegurando direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 2010, p.19)

Em 1998, profissionais de saúde de vários estados, com inserção nas instituições de ensino superior e alguns de seus técnicos foram convocados pelo Ministério da saúde (MS), após a assinatura da PNI, para elaborarem a Política Nacional de Saúde do Idoso. As perdas

dentárias e suas consequências foram os principais aspectos odontológicos contemplados pela PNSI (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

De acordo com Barros (2010), dentro da Política Nacional de Saúde do Idoso, ocorreu a necessidade de se estar inserindo medidas voltadas para a prevenção de perdas dentárias e de outras afecções. Nesses casos promoveu-se então a indicação de reabilitação frente à prescrição correta adequada de próteses dentárias em caso de comprometimento da capacidade bucal.

Visando não tão somente assegurar os direitos à população idosa, percebeu-se que este passo não seria suficiente, houve a necessidade de reorganizar o modelo de atenção à saúde e gerar outra dimensão de acesso às ações de saúde bucal, dando a garantia da atenção integral aos indivíduos e às famílias. Muitas mudanças com relação à Política Nacional de Saúde Bucal foram ocorrendo ao longo dos anos, como estratégias de atendimento a superação da exclusão social (COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006).

A exclusão social era de extrema evidência na Saúde Bucal, evidenciando ações de baixa complexidade, sendo a maior demanda, curativas e mutiladoras, com acesso restrito. O atendimento a adultos e idosos era feito apenas em serviços de pronto atendimento e urgência. O que se via era uma Política de Saúde Bucal falha e omissa. Entretanto, em 2004, ocorreu a implementação do Programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde, com frentes de ação estabelecidas referentes ao atendimento na rede de atenção básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, implantação de próteses e fluoretação das águas (LOURENÇO *et al.*, 2007).

A edificação da Política Pública para Saúde Bucal no Brasil foi através de muitos desafios, pois a ideia era de dar condições a toda população aos serviços odontológicos, sem exclusão social. Buscando atender da melhor forma a população em termos de saúde bucal, redistribuiu-se os profissionais concentrados nos grandes centros urbanos, para as áreas onde não eram oferecidos os serviços odontológicos. As unidades da ESF ficaram como responsáveis pela orientação da população, da prevenção, ao tratamento clínico, até o encaminhamento a serviços especializados (BRASIL, 2011).

Diante da atenção à organização do modelo de atenção bucal, tornou-se importante pensar as "linhas do cuidado", tendo como foco a criança, o adolescente, o adulto e o idoso, buscando sempre a criação de estratégias que resultassem no acolhimento, informação, atendimento e encaminhamento (referência e contra-referência). Nesse sentido, não há o que se discutir quando o usuário tem acesso à saúde, e tem conhecimento de toda a estrutura do serviço por meio da sua participação nele, subtende-se que o serviço de saúde estará

alcançando o objetivo de organização do modelo de atenção (BRASIL, 2006).

O atendimento à população, segundo Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2011), além da ação básica deve ter, atendimento especializado e a garantia de integridade na assistência a saúde com a construção de Centros de Referência e laboratórios Regionais de Prótese Dentária, propostos pelo Brasil Sorridente. Devem ser garantidas as ações voltadas para o tratamento clínico das condições mais prevalentes no idoso, tais como a cárie de raiz, xerostomia, doença periodontal e halitose. Nesse caso, o cirurgião dentista especializado na área de odontogeriatria fará parte do quadro do Centro de Referência do Idoso para atendimento de nível hospitalar (uso de sedação ou anestesia geral) dos casos referenciados.

4.1.3 A equipe de saúde na Estratégia Saúde da Família

Viana e Dal Poz (1998) descreveram a importância do Programa dos PACS (Agentes Comunitários de Saúde) para o surgimento do Programa de Saúde da Família no Brasil que teve o início de sua história em 1991, quando o Ministério da Saúde formulou o Programa de ACS. Assim, enfatizou a família como unidade de ação programática e não mais apenas o indivíduo.

O Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica teve como primazia a extensão do acesso da população às ações de Saúde Bucal, em conjunto com as atividades já determinadas dentro do PSF, sem infringir seus princípios organizativos e operacionais (BRASIL, 2001b).

Neste documento, ficou determinado que:

A inclusão das ações de saúde bucal deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais: a) caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde; b) adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde; c) integralidade da assistência prestada à população adscrita; d) articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de Saúde; e) definição da família como núcleo central de abordagem; f) humanização do atendimento; g) abordagem multiprofissional; h) estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação social; i) educação permanente dos profissionais; j) acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas. (BRASIL, 2001b, p.67)

Se a inserção da Saúde Bucal no PSF propiciou a condição de se criar um núcleo consistente de práticas e relação no âmbito dos serviços, é preciso que haja coerência nos

serviços prestados pela equipe de saúde aos usuários. Desse modo, a gestão de serviços deve estar apta a atender um número de pessoas, gerando maior acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de ações de caráter coletivo, atentos aos vínculos territoriais (BRASIL, 2008).

Diante da ideia de ampliar o atendimento odontológico além dos limites do consultório, foram necessárias mudanças como à inserção das equipes de trabalhadores, denominadas Equipe de Saúde Bucal (ESB). Essa equipe trouxe em seu bojo, a competência da promoção em saúde bucal (NARVAI, 2002).

De acordo com Costa, Chagas e Silvestre (2006), a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família passou então por um processo de regulamentação:

A regulamentação da inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº. 267, de 6 de março de 2001 (COSTA, CHAGAS, SILVESTRE, 2006, p.44).

Dessa forma, foram criados dois tipos de modalidades de Equipes de Saúde Bucal: “Equipe de Saúde Bucal (ESB) Modalidade I: composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de consultório dentário (ACD); Equipe de Saúde Bucal (ESB) Modalidade II: composta por CD, ACD e técnico em higiene dental (THD)”(BRASIL, 2006, p.44).

De acordo com Leite *et al.* (2005), o CD que atua na ESF deve possuir, dentre outras características, formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, pautadas na compreensão da realidade social, cultural e econômica, trabalhando em favor da sociedade.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

são identificados pelos usuários como alguém que desempenha o papel de mediador entre a comunidade e os profissionais de saúde. Ou seja, são valorizados pelo fácil trânsito que dispõem no sistema formal de atenção à saúde, o que torna menos árduo o processo de acesso ao cuidado (TRAD *et al.* 2002, p.584).

A equipe de saúde bucal é formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; sendo alterada mais tarde pela presença de cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultórios dentários e técnicos de higiene dentária. O atendimento é feito nas unidades básicas de saúde e/ou domicílios, criando vínculos de coresponsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que dá condições da identificação dos problemas da comunidade e um atendimento de qualidade e específico.

O processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) tem como fundamentação alguns princípios como: a universalidade que deixa claro o direito de todo cidadão à saúde; a equidade que absorve a igualdade e mesma oportunidade de todo cidadão a utilizar o sistema de saúde; a integridade que envolve não tão somente os meios curativos como também de prevenção individual e coletivo, tendo como papel preponderante a humanização da atenção, responsabilização e vínculo (BRASIL, 2010).

Nascimento e Alves Nascimento (2005, p.343), falaram da necessidade de se estabelecer um “processo de educação permanente da formação acadêmica dos trabalhadores que atuam no ESF, bem como as carências que surgem de acordo com os problemas de saúde da realidade local”. A Estratégia Saúde da Família deve ser pensada como um campo em que médicos, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e demais profissionais possam encontrar o desafio de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão, a fim de propor novas práticas, respondendo as perspectivas de saúde beneficiando a toda sociedade.

Alguns desafios são preponentes e se interligam na caminhada da prática odontológica na atenção básica, desse modo pode-se refletir que:

à desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e de recursos humanos, seja em quantidade ou qualidade (PARAHYBA, SIMÕES *apud* LIMA *et al.*, 2010, p. 867).

A equipe de saúde da família deve estar apta a lidar com a informação ao usuário e para isso deverá estar munida do conhecimento da realidade das famílias a que assiste, “identificando os problemas de maior evidência na população, elaborar estratégias de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; a prestação de assistência integral e o desenvolvimento de ações educativas” (EMMI, BARROSO, 2008, p.36).

Diante do desafio de atender os usuários de forma individual e coletiva, é fundamental apontar a importância do processo de formação e educação permanente dos profissionais, entendendo que se deve adaptar a assistência aos novos perfis ou readequá-los, para que se possa ter resultados satisfatórios na saúde e gerar contribuir para a consolidação do paradigma proposto (BALBINO *et al.*, 2010).

Nesse contexto, Germano *et al.* (2005, p. 28) entenderam que “os processos devem adotar capacitação em metodologias interativas, articuladas com o processo de trabalho, com

perspectivas intervencionistas, dentro da linha da educação permanente”.

Capistrano Filho (2004) compreendeu que há necessidade de um profissional ativo, atuante nas ações de promoção, educação e prevenção de saúde. Nesse sentido é que as equipes de saúde devem dispor de tempo para participar das ações na região e município onde se encontram com visitas domiciliares necessárias no intuito de conhecer as características da comunidade e suas individualidades. Mediante a inclusão da ESB na ESF, tornou-se substancial que se formasse uma nova odontologia, passando do caráter técnico da prática do consultório e alcançando o atendimento a toda população, sem se falar em exclusão.

Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2011), descreveram que o CD:

Dentro de uma perspectiva da atenção à saúde bucal do idoso, os pacientes com necessidade (normativa e/ou auto percebida) de próteses, não confeccionadas na atenção básica, após a conclusão de seu tratamento deste nível de atenção, deverão ser referenciados. A integração com os níveis secundários e terciários de atenção (LRPD/Centros de Referência) são essenciais. A restituição da função mastigatória e estética do idoso devolve a sua auto-estima e conseqüentemente aumentam a sua qualidade de vida (VARGAS, VASCONCELOS, RIBEIRO, 2011, p. 64).

O Cirurgião Dentista tem como atribuições mínimas específicas: a realização do diagnóstico e procedimentos clínicos da Atenção Básica em Saúde; a realização da atenção integral em saúde bucal individual e coletiva com resolubilidade; o encaminhamento e orientação aos usuários; a coordenação e participação em ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; o acompanhamento, apoio e desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF; realizar supervisão técnica do THD e ACD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

De acordo com Bervique e Medeiros (1980), o profissional da saúde seja ele Cirurgião-Dentista, Médico ou Enfermeiro, muito terá a ganhar em termos pessoais e profissionais, se estiver aberto para novos relacionamentos. Que embora penoso no início até que ele consiga ser congruente, trará a sensação de que o seu compromisso em promover o bem estar físico, mental e social das pessoas foi cumprido.

4.1.4 Humanização na atenção à saúde do idoso

Sobre os cuidados a serem tomados para que se tenha uma velhice com qualidade de vida, Brunetti e Montenegro (2002), entenderam que é por volta dos 30 anos que o indivíduo deve começar a se preparar com medidas preventivas, mantidas com persistência, por toda a vida. Entretanto, Mattar (2000), considerou que estes cuidados devem iniciar desde o nascimento.

Para Paschoal (2004), a percepção de bem-estar de uma pessoa, origina-se da sua avaliação do quanto realizou e daquilo que idealiza como importante para uma vida satisfatória, assim há de se denominar a qualidade de vida.

A razão de cuidar e assistir traz no seu bojo distinções que Teixeira e Nitschke (2008) descreveram como sendo modelos usados constantemente na ESF. De acordo com esses autores, cuidar é uma ação, que exige do intelecto, ou seja, um atendimento construído de forma sistematizada e ordenada. A busca do cuidar é sempre para ajustar a assistência diante dos valores e conceitos no processo de viver dos usuários e sua vida diária.

Quanto ao “modelo assistencial” Lucena *et al.* (2006), entenderam ser uma edificação histórica, política e social, administrada dentro de um contexto dinâmico com intuito de atender aos interesses dos grupos sociais. Através da assistência o Estado e sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas se organizam para gerir os serviços de saúde.

Shinkai e Del Bel Cury (2000) compreenderam que desafios são muitos e encontrados na assistência ao idoso, como a heterogeneidade biopsicossocial. Ou seja, com o passar dos anos o idoso se torna diferente dos jovens, no comportamento social e orgânico. Outro desafio para a humanização é a complexidade clínica presente no envelhecer, diante das diversas patologias que vão surgindo, e muitas vezes gerando maior dependência dos familiares.

Diante dos desafios para a humanização no envelhecer, Marziale (2003), descreveu outro fator, que é o crescente índice da população idosa, gerando transformações relacionadas à desigualdade socioeconômica, levando a questões que necessitam de solução imediata para dar ao idoso a condição de garantir saúde física e emocional, de forma autônoma e digna. Desse modo, esse fator leva a equipe de saúde bucal trabalhar o contexto social e humano do idoso em seus diversos momentos.

Uchoa (2003) afirmou que é necessário que a equipe de saúde bucal busque

conhecer as peculiaridades sociais e culturais dos idosos; tenha acesso às informações de como os idosos percebem seus problemas de saúde e de como são resolvidos, bem como os obstáculos encontrados nesse percurso, dão condição da equipe de saúde traçar objetivos humanísticos, ajudando o idoso a ter maior qualidade de vida; é preciso intervir de forma específica, respeitar os hábitos, crenças e conquistas para que busque outras formas de agir.

Oliveira, Collet e Vieira (2006) destacaram que na contemporaneidade se discute muito quanto a necessidade da humanização no cuidado e assistência na relação com o usuário do serviço de saúde. Para os autores:

Essa humanização na assistência em saúde deve considerar tanto a palavra do usuário quanto a palavra dos profissionais de saúde, de maneira que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações, as campanhas, os programas e as políticas assistenciais a partir de valores como dignidade ética da palavra, respeito, reconhecimento mútuo e solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006, p. 282).

Desse modo, evidenciou-se uma nova forma de assistência, com base em estratégias de atenção e gestão no SUS e que segundo Puccini e Cecílio (2004), tem como base a formação dos profissionais de saúde que devem visar sempre os princípios da equidade, integralidade da assistência, e outros, em busca do resgate da dignidade do usuário.

No entanto, Lima *et al.* (2010) advertiram que mesmo diante de uma nova assistência na atenção a saúde, alguns problemas são evidenciados em algumas áreas como a falta de condições técnicas, a falta de capacitação do profissional de saúde e a falta de materiais.

Simões *et al.* (2007) ressaltaram que o panorama de espaços físicos improvisados, inadequados e em péssimo estado de conservação, é uma realidade em grande parte das Unidades Básicas de Saúde. Essa realidade afeta negativamente a qualidade do atendimento humanizado que ocorre sem privacidade no procedimento.

O que deveria ser um atendimento humanizado segundo Lima *et al.* (2010), torna-se desumanizante e pouco eficaz diante da soma da falta de condições técnicas e materiais com a relação impessoal e agressiva dos profissionais de saúde, o que pode vir a tornar cada vez mais sem qualidade o atendimento em assistência em saúde. Simões *et al.* (2007) afirmaram que o ambiente, recursos humanos, materiais para os procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde, elementos fundamentais para o atendimento humanizado. Uma vez que a carência desses elementos leva a desmotivação dos profissionais.

E assim, entendeu-se necessário o incentivo financeiro para atender o procedimento

correto da humanização, pois, os recursos necessários, sejam eles materiais ou humanos podem modificar as características da prática odontológica na atenção básica. Nesse sentido, o trabalho das equipes de saúde bucal no PSF estará coadunando com a reorganização do modelo de atenção, dando, portanto, condição de tornar extenso o acesso às ações de saúde. O correto e eficaz para o Ministério da Saúde é que as Unidades de Saúde tenham condição de oferecer atenção primária e tratamentos mais complexos, permitindo as visitas domiciliares pela ESB, gerando um vínculo consoante com a ideologia do SUS (BRASIL, 2001b).

A partir da Portaria nº. 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a custear as ESB na proporção de 1:1 com relação as Estratégia de Saúde da Família (ESB), cada “ESB atendendo em média, 3.450 pessoas. A Portaria nº. 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, efetivou novos reajustes para cada ESB Modalidade I que passou a receber R\$ 20.400,00 e as ESB Modalidade II R\$ 26.400,00 por ano”. As modalidades I e II passaram a receber R\$ 6.000,00, como incentivo adicional para a aquisição de equipamentos e instrumentais (COSTA, CHAGAS, SILVEIRA, 2006).

Deslandes (2004) entendeu que mesmo diante de tantos conceitos para humanização da assistência e amplitude das práticas relacionadas, a ideia de contribuição em prol da saúde é a mesma, uma vez que envolve a melhoria da qualidade da atenção a ser prestada.

Se a ESB é também responsável pela melhoria da qualidade da assistência em busca de satisfazer o usuário, não poderá deixar de pensar em cuidados e práticas humanizadoras. Hennington (2008) advertiu que na execução das ações dos profissionais de saúde, há o envolvimento das capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, somado a troca de afetos e de saberes. Para esse autor, não se pode deixar de ter como foco a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes, itens estes que devem estar em consonância com as exigências contemporâneas, onde há um diversificado envolvimento de novas tecnologias, novas habilidades e informações.

Não obstante, sob a percepção do Programa de Saúde da Família (PSF) torna-se fundamental que os integrantes da ESB sejam verdadeiramente comprometidos com a ideia de humanização para que possam constatar as necessidades e vulnerabilidades reais e potenciais do território que estão sob sua responsabilidade (CHAVES, MARTINES, 2003).

O envelhecimento é um processo que gera variações psicológicas. Turano e Martins Turano (2000), explicaram que alguns idosos são realistas perante os acontecimentos da vida, outros se mostram queixosos e ressentidos, de qualquer forma o profissional deverá ter sensibilidade suficiente para lidar com esses aspectos.

É importante que o idoso encontre amparo no sistema público de saúde, uma vez

que caso não aconteça de acordo com Silva e Valsecki Junior (2000), poderá essa população sofrer consequências como piora no desenvolvimento de incapacidades e perda da autonomia e qualidade de vida.

Nesse contexto, Martins *et al.* (2007) constataram que o aspecto social do idoso, frente à sua dimensão, requer uma política que possa abrandar a dura realidade daqueles que chegam à idade avançada, pois, seria lastimável não se propiciar condições dignas.

Ramos (2003, p. 793), já dizia que: “oferecer suporte de qualidade de vida para essa crescente população de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com prevalência de doenças crônicas e incapacitantes é o desafio do Brasil para século XXI”.

Portanto, como foi descrito na Declaração da Organização Mundial de Saúde sobre o idoso e saúde, é responsabilidade dos profissionais conduzirem os desafios no atendimento a essa população e suas famílias (OPAS, 2005).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A assistência humanizada e direcionada por parte dos profissionais de saúde promove não somente o equilíbrio físico e emocional do paciente idoso como também gera no profissional pertencente à ESB um incentivo por dever cumprido e com qualidade.

Diante do interesse do programa da ESF buscar a efetivação da “humanização da assistência” a população em especial a idosa, deve-se considerar a capacitação educacional dos profissionais de saúde que na oportunidade estarão absorvendo valores e atitudes de respeito à vida humana. A tecnicidade quanto à importância dos procedimentos ligados a interação com a comunidade e demais colegas de profissão é que irão gerar resultados satisfatórios aos usuários.

A ESB deverá permear ações que permitam integrar com o usuário, no caso os idosos, conhecendo sua realidade territorial, problemas e condições socioeconômicas, e com isso buscar atendê-lo de forma curativa e preventiva.

As pessoas idosas merecerão sempre ser foco de preocupação dos profissionais de saúde, uma vez, que vivem em condições especiais. A humanização a essa população deverá ser processado em ambiente acolhedor e resolutivo com responsabilidade e vínculo, não infringindo seus direitos como usuários.

A integração da ESF com a ESB tornou-se fundamental, visando a qualidade de vida do idoso, dando a este usuário, o respeito e a dignidade de saúde, mediante os cuidados com os hábitos bucais, e conscientização quanto a possibilidade de recuperação dentária mediante próteses. A equipe de saúde bucal (ESB), veio fortalecer os princípios do SUS: equidade, universalidade, integralidade.

Logo, os resultados das buscas indicam que a ESB não somente cuida da parte curativa, mas que deve se envolver com ações que levam a orientação e informação de forma individual como também coletiva.

A preocupação dos profissionais de saúde é diante dos desafios nas ações de humanização que diz respeito à população idosa, pois devem estar atentos e aptos a mudarem os hábitos e forma de pensar dessa população.

A proposta de atendimento da ESB é reduzir os problemas dentários de toda a população sem limite de idade, em especial da população idosa, acolhedo-os e motivando-os o tratamento por meio da humanização do atendimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a revisão literária foi a partir da década de 1994 que a ESF tornou-se uma marca institucional onde as equipes de saúde multiprofissionais das unidades básicas de saúde com ética e responsabilidade permearam ações voltadas a promoção a saúde prevenção de doenças, recuperação e proteção à saúde individual ou coletiva.

Falar de saúde envolve também a saúde bucal, que neste estudo em especial buscou focar o idoso, uma vez que este ser passa por um processo de forte declínio orgânico permeado por doenças crônicas. O idoso deverá ser visto como um todo, em suas diversas perspectivas, pois, a humanização das ações da ESB deverá estar atenta a cada caso, os obstáculos que podem estar interferindo no tratamento dentário.

Nesse sentido, é que se pôde considerar a relevância da humanização no tratamento odontológico em busca de estratégias para melhorar os quadros patológicos bucais do idoso e ajudá-lo a ter uma melhor qualidade de vida. Ou seja, juntamente com outros profissionais, a ESB buscará abordar as famílias conhecer os obstáculos que o idoso enfrenta para o tratamento dentário, e assim, através da humanização, sempre com o olhar atento aos seus valores culturais, religiosos, morais e socioeconômicos buscar reverter esse quadro.

Portanto, as políticas e práticas de assistência ao idoso devem ser repensadas para que o atendimento a esta crescente população brasileira, seja edificado de forma humanizada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 203-216, jan./jun. 2006.

BALBINO, A.C. et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em sobral, Ceará. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 249-266, jul./out.2010.

BARROS, V.S.S. **Principais doenças orais em idosos, consequência e tratamentos**. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais, 2010.

BERVIQUE, J. A.; MEDEIROS, E. P. G. **Paciente educado, cliente assegurado: uma proposta de educação odontológica do paciente**. Bauru, SP: Santos, 1980. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde bucal. Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Brasília: MS, 2006. 92p.

_____. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal – CGSB. Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/saude_familia.php> Acesso em: 19 nov. 2011.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PHAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p.

_____. **Política Nacional de saúde Bucal**. Brasil Sorridente. Abr. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578> Acesso em: 29 nov. 2011.

BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatria: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

CAPISTRANO FILHO, D. **Inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul**. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. Nov.2004. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/saude_bucal/documentos/inclusao_sb_no_psf.pdf> Acesso em: 29 nov. 2011.

CHALMERS, J.M. et al. **Geriatría Oral**. 2001. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.htm>> Acesso em: 26 nov. 2011.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2009. 172p.

CHAVES, E. C.; MARTINES, W. R. V. Humanização no Programa de Saúde da Família. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 274-279, abr./jun. 2003.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T.; CALVO, M.C.M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Odontologia**, Porto Alegre, v.7, n.1, p. 88-97, mar/abr. 2004.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M, organizadores. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.v.11. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2004.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F. Avaliação das ações de saúde bucal do programa da saúde no distrito de Mosqueiro, Pará. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.35-41, jan./fev.2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n1/07.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2011.

FARIA, H.P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte, 2008, p.13-32.

GARBIN, C.A.S. et al. Odontologia geriátrica: hoje e sempre. **Revista Brasileira de Odontologia**, Porto Alegre, v.60, n.4, jul/ ago., 2003

GERMANO, R.M. et al. **Capacitação das equipes do PSF**: desvendando uma realidade, Natal, 2005. Plano Diretor 2004-2005. Programa de Cooperação Técnica Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde- Representação do Brasil, 2005.

HENNINGTON, A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p.555-561. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf>> Acesso em: 19 nov. 2011.

LEITE, M.T.A. et al. Perfil do cirurgião-dentista atuante no Programa Saúde da família do distrito sanitário I do município de João Pessoa-Paraíba. In: 57º REUNIÃO ANUAL DA SBPC, **Anais...** Fortaleza, jul. 2005.

LIMA, T.J.V. et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v.19, n.4, p.866-877, 2010.

LOURENÇO, E.H. et al. **A inserção de equipes de saúde bucal no programa saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http // www.scielo.br/scielo.php.?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200900800009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200900800009)> Acesso em: 29 nov. 2011.

LUCENA, A. F. et al. Construção do conhecimento do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p.292-298, jun. 2006.

MADEIRA, A.A; LUCIANO MADEIRA. O paciente geriátrico e a complexidade de seu atendimento. **Revista Brasileira de Odontologia**, Porto Alegre, v.57, n.6, p.350-335, 2000

MARCENES, W. et al. A relação entre o status dentário, seleção de alimentar, ingestão de nutrientes, estado nutricional e índice de massa corporal em pessoas idosas. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.809-815, jun. 2003.

MARTINS, J. J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerodontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371- 382, 2007.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.701-702, nov.-dez. 2003.

MATTAR, T. Daqui a 50 anos o homem vai viver até 200 anos? **Mind**, v.5, n.26, p.12-15, 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2011.

MOREIRA, R.S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Revista Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1665-1675, nov./dez. 2005.

NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. 2002. Disponível em: <http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/QRecursosHumanos.pdf> Acesso em: 29 nov.2011

NASCIMENTO, M.S.; ALVES DO NASCIMENTO, M. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, Apr./Jun. 2005.

OLIVEIRA, F. B. S. **Atenção à saúde bucal dos idosos do Programa de Saúde da família Tiradentes.** 2010. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Atenção Básica da Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Montes Claros, 2010.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde.

Revista Latino-Americana em Enfermagem, São Paulo, 2006, v.14, n.2, p. 277-284, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>> Acesso em: 2 dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PASCHOAL, S.M.P. **Autonomia e independência. Manual Gerontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

PINTO, M.H. B. et al. A inserção da saúde bucal no Programa de saúde da família no Estado do Pará. **Revista Brasileira de Medicina de Famílias e Comunidade**, Ponta Grossa. Universidade Estadual de Ponta Grossa, p.27-32. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/330>> Acesso em: 19 nov.2011

PORTILLO, J.A.C. **A Inserção da Odontologia no S.U.S: Avanços e dificuldades**. 1998. 99f. Tese (Doutor em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 1998.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342- 1353, set./out. 2004.

RAIMUNDO, S.R.; PAES, S.Y. **Ações preventivas e promocionais realizadas no espaço do domicílio e atenção curativa básica de 6 a 14 anos e adultos nas unidades do programa saúde em casa, Planaltina – DF**. 1999. 23f. Trabalho Acadêmico (Graduação em Odontologia) - Disciplina de Estágio Comunitário Multidisciplinar - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília, UnB. Brasília, 1999.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.793-797, jun. 2003.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, p.1-2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>> Acesso em: 29 nov. 2011

SHINKAI, R.S.A.; DEL BEL CURY, A.A. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2000.

SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul./set. 2007.

SILVA, D.D. et al. Saúde bucal em adultos e idosos a cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Revista Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n2, p.626-631, mar./abr. 2004.

SILVA, S.R.C.; VALSECKI JÚNIOR A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamerica de Salud Publica**, São Paulo, v.8, n.4, p.268-271, 2000.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por

idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.4, p.945-355, 2001.

SILVEIRA NETO, N. et al. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento**, Passo Fundo, v.4, n.1, p.48-56, jan./jun. 2007.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 183-191, jan.-mar. 2008.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

TURANO, J.C.; MARTINS TURANO, L. **Fundamentos de prótese total**. 6.ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. 560p.

UCHOA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.849-853, 2003.

VARGAS, A.M.D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M.T.F. **Saúde Bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 81p.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.8, n.2, p.11-48, 1998.