

AMAURI JOSÉ LIMA MENDES

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UBERABA/ MINAS GERAIS

2010

AMAURI JOSÉ LIMA MENDES

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: SAÚDE  
BUCAL DO IDOSO NO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de  
especialização em Atenção Básica em Saúde da Família  
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do  
certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Manoelita Figueiredo de Magalhães

UBERABA/ MINAS GERAIS

2010

AMAURI JOSÉ LIMA MENDES

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: SAÚDE  
BUCAL DO IDOSO NO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Dra. Manoelita Figueiredo de Magalhães

Banca Examinadora

Dra. Manoelita Figueiredo de Magalhães

Flávio de Freitas Mattos

UBERABA/ MINAS GERAIS

2010

Agradeço à minha família pelo apoio e pela compreensão nos momentos em que estive ausente; aos meus pais que sempre lutaram para que eu tivesse uma boa educação, à minha esposa, professora, e sabedora da importância de uma melhor qualificação, e ao meu filho grande estímulo para que eu seja cada vez melhor no que eu faço e possa servir como um exemplo.

## Resumo

Diante da grande transição demográfica, aonde o equilíbrio das faixas etárias vêm transformando a pirâmide populacional, com a redução dos mais jovens e o aumento do número dos mais velhos, os direitos dos idosos devem ser garantidos, por meio da legislação e das políticas públicas, para um envelhecimento ativo e saudável. Pesquisou-se artigos sobre o tema com o objetivo de avaliar a saúde bucal dos idosos no Brasil sob seus aspectos legais, identificar as políticas públicas existentes para esta faixa etária, conhecer as ações existentes e verificar adesão dos idosos diante dos serviços públicos oferecidos. Pôde-se concluir que a assistência odontológica pública ao idoso ainda é precária no Brasil. Porém, com a execução da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), com a efetivação do Programa Brasil Sorridente e o cumprimento da legislação, os idosos poderão ter uma melhor qualidade de saúde bucal, por meio de uma melhor estruturação dos serviços, com o aumento dos locais de atendimento do serviço público, uma efetiva educação em saúde para essa faixa etária que está sempre disposta e interessada em ter uma boa qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** idoso, saúde bucal e legislação.

## Abstract

Considering the great demographic transition, where the balance of the age groups are transforming the population pyramid, with the reduction of the youngest and the increasing number of older people, elderly rights of elderly should be guaranteed through legislation and public policies to an active and healthy aging. It was researched articles on the subject in order to assess the oral health of the elderly people in Brazil under its legal aspects, to identify existing shares and verify compliance of the elderly, the public services offered. It was concluded that the public dental care to the elderly is still poor in Brazil. But with the implementation of the National Oral Health Policy (2004), with the conclusion of the “Brasil Sorridente” program, and compliance of the legislation, the elderly may have a better quality of oral health through better structuring of services, with increased places of service of public service, and effective health education for this age group who is always willing and interested in having a good quality of life.

**Key Words:** elderly, oral health and law.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ASB - AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

ART – TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

CD – CIRURGIÃO DENTISTA

CEABSF – CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CEO – CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

CPOD- DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS

ESF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FDI - WORLD DENTAL FEDERATION

LRPD – LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCC- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

## Sumário

Seção 1	
1 Introdução	9
2 Objetivos	10
2.1Objetivos Gerais	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 Metodologia	10
4 Revisão de literatura	11
4.1 A saúde do idoso sob os aspectos legais e das políticas públicas	11
4.1.1Aspectos legais da saúde do idoso	11
4.1.2 Políticas Públicas para a saúde do idoso	13
4.2 Abordagem da Saúde Bucal do Idoso	20
4.2.1Pesquisas	20
4.3Adesão do idoso à saúde bucal	22
5 Discussão	23
6 Conclusões	25
Referências	26



## **1 INTRODUÇÃO**

Devido à grande transição demográfica pela qual o mundo está passando, em algumas décadas terá um grande equilíbrio da pirâmide populacional em suas diversas faixas etárias, ou seja, uma redução da população mais jovem e um grande aumento do número de idosos.

Diante desse crescimento, pode-se observar que todos os setores da sociedade voltaram-se para o desenvolvimento de ações, que, de uma forma geral, pudessem melhorar a qualidade de vida nessa faixa etária.

Desde a criação de leis, até novos produtos para uso e o consumo dos idosos, tudo pode ser encontrado. Essa transição traz muitas alterações e desafios para o Brasil em diversas áreas, principalmente para o sistema de saúde e o previdenciário. O grande número de idosos, onera a Seguridade Social e aumenta os gastos com saúde. Este grande crescimento de gastos se deve principalmente ao aumento dos agravos de longa duração e das doenças crônicas não transmissíveis nos idosos. Conseqüentemente as doenças relacionadas com a saúde bucal tiveram um aumento nos índices gerais ao longo dos anos.

A população idosa conviveu com um modelo de atenção à saúde onde a prática predominante era o modelo curativista e os acessos aos serviços de saúde eram difíceis; com isso as conseqüências foram o aumento de doenças periodontais e perdas dentais nos idosos, que não puderam conviver com as práticas preventivas. Esses dados citados na pesquisa SB 2003 do Ministério da saúde, confirmaram-se em pesquisas realizadas quando dos estudos do módulo Saúde Bucal do Idoso feitos na área de abrangência.

A partir de 2003 as políticas públicas de Saúde para os idosos, são dirigidas para um envelhecimento saudável e ativo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esse envelhecimento depende de alguns fatores como: determinantes econômicos, sociais, ambientais, comportamentais, pessoais e acesso aos serviços, isso ao longo dos anos, desde o nascimento do indivíduo.

Após a promulgação em 1999 da Política Nacional de Saúde do Idoso, e em 2003 do Estatuto do Idoso, os idosos tiveram os seus direitos assegurados por lei, garantindo-lhes a

prevenção e a manutenção da saúde por meio dos poderes públicos. Nos artigos a que se referem à saúde, muitas garantias ainda não saíram do papel, ou para se tornar realidade precisam da intervenção da justiça. Com isso, algumas ações terão de serem revistas para facilitar o acesso desta população aos serviços de saúde.

Visto que a atenção primária é a porta de entrada aos serviços de saúde pública, torna-se necessário programar ações de inclusão de um maior número de idosos nos trabalhos de saúde bucal. Um tema em especial, a Saúde Bucal dos Idosos, que foi estudado durante o Curso (CEABSF) merecia uma abordagem diferente da que foi vista no módulo. É isso o que se propõe neste trabalho.

## **2 OBJETIVO**

**2.1 Objetivo geral:** estudar a saúde bucal do idoso no Brasil.

**2.2 Objetivos específicos:**

- abordar a saúde do idoso sob os aspectos legais;
- avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde bucal do idoso e das ações existentes;
- verificar a adesão deste público para a manutenção da sua saúde bucal

## **3 METODOLOGIA**

A saúde bucal dos idosos, tema estudado durante o curso, teve uma abordagem diferente, que é o que se propõe neste trabalho. Inicialmente abordou-se temas relativos à legislação, e o que existe em termos de políticas públicas para a saúde bucal. Durante a realização deste TCC, muitos descritores foram pesquisados para a obtenção de dados, que pudessem trazer sugestões de melhoria para a saúde bucal dos idosos. A quantidade encontrada demonstra que mesmo na área de pesquisa, essas populações se encontram em segundo plano.

O foco foi avaliar essas ações para verificar a forma de otimizar os resultado das equipes de saúde bucal na atenção primária. Procurou-se também analisar alguns trabalhos sobre o tema e, com isso, identificar as ações desenvolvidas para a melhoria da saúde bucal dos idosos e da qualidade de vida destes. Analisou-se, ainda, como os idosos percebem as suas doenças bucais e se os mesmos são ou não de fácil adesão aos tratamentos oferecidos.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

### **4.1 A saúde do idoso sob os aspectos legais e das políticas públicas**

#### **4.1.1 Aspectos legais da saúde do idoso**

Com a implantação do estatuto do idoso, foram ratificados os preceitos da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 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”.

Hebling et al.(2006) citam em seu artigo que na constituição, em seu capítulo IV, Artigo 15, o Estatuto do Idoso estabelece que “é assegurada a atenção às doenças que afetam preferencialmente os idosos”. O parágrafo 1º do Artigo 15 garante a prevenção e a manutenção da saúde do idoso por meio de:

- “1) cadastro da população idosa em base territorial;
- 2) atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
- 3) unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- 4) atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniados com o poder público, nos meios urbano e rural;
- 5) reabilitação orientada pela Geriatria e Gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes dos agravos da saúde.”

Como a saúde bucal é um importante componente para a saúde geral do ser humano, a odontogeriatrics pode ser incluída como um ramo da Gerontologia. Então três destes itens poderiam ser encarados como diretrizes na atenção primária. O cadastro de idosos em base territorial já é feito onde se tem equipe do PSF; mas ter-se-ia que haver a cobertura de 100% pelo programa, para obter-se uma fonte de dados mais completa. O atendimento em

ambulatório já é feito pelas equipes, mas com o número reduzido de cobertura, essas ações não atingem os objetivos necessários. O atendimento domiciliar é feito em forma de prevenção, o que também não atinge os objetivos propostos.

Como o estatuto estabelece em seu Artigo 3º, há uma necessidade de capacitar e reciclar os profissionais envolvidos com o atendimento aos idosos, pois a odontogeriatria é uma especialidade recente e com pouca inserção nos currículos dos cursos de graduação em odontologia. Os outros dois itens citados no parágrafo 1º do Artigo 15 ficariam a cargo da atenção especializada, mas deixando a atenção básica com a responsabilidade de buscar e receber inicialmente estes pacientes.

Em seu parágrafo 2º o Artigo 15 estabelece que “incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento de habilitação ou reabilitação.” Podemos inferir neste parágrafo que seriam garantidos o fornecimento de medicamentos e garantidos os direitos de habilitação com próteses, mas na prática nem sempre o fornecimento destes itens é de fácil acesso aos idosos, pois o fluxo de atendimento, desde a atenção básica, passando pelos outros níveis de atenção, gera uma peregrinação atrás de benefícios que poderiam ter o acesso mais facilitado para os idosos. A simples obtenção de vagas, para o atendimento até a obtenção de próteses ou medicamentos de alto custo, pode demorar de seis meses a um ano. Em relação aos medicamentos prescritos pelo Cirurgião Dentista tem-se uma grande variedade de medicamentos na lista das farmácias básicas, que atendem as necessidades básicas destes usuários. O mesmo não se pode dizer em relação à reabilitação dos idosos referente ao uso de próteses dentárias. Apesar destes procedimentos não estarem a cargo da atenção primária, são os profissionais desta área que detectam essas necessidades e que as encaminham para a atenção especializada.

Segundo o que se encontrou no site do Ministério da Saúde, especificamente no link referente ao programa Brasil Sorridente seriam construídos ou implantados 400 CEOs- Centros de Especialidades Odontológicas e 400 LRPD- Laboratórios Regionais de Prótese Dentária em todo o País. Estas unidades poderiam ser do próprio município ou de serviços terceirizados credenciados, que confeccionariam próteses totais ou parciais removíveis a baixo custo, mas não incluíram no programa a confecção de próteses unitárias, o que está em desacordo com o Estatuto. Entende-se que em seu parágrafo 2º, Artigo 15, estes direitos estariam garantidos.

O Artigo 203 da Constituição Federal, em seu inciso IV, estabelece que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”.

Antes mesmo de existir o Estatuto do Idoso, este artigo da Constituição Federal já garantia estes benefícios a todos a quem dela necessitassem. Na maioria das vezes somente por meio de representação ao Ministério Público é que estes benefícios são obtidos, gerando processos que levam um tempo excessivo, trazendo grandes prejuízos para a saúde de quem necessita dos mesmos. Outro artigo do Estatuto do Idoso, de grande importância para a saúde pública e com reflexos para a atenção primária, é o de número 50, que destaca que é obrigação das instituições “comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas”. Hoje, na Cidade de Uberaba, é grande o número de equipes de saúde da família que dão assistência em asilos e outras entidades afins, com isso incluem-se as equipes de saúde bucal, que fazem um trabalho preventivo e de encaminhamento quando da detecção de patologias orais. Vê-se que a saúde é garantida pela Constituição Federal, e que o Estatuto do Idoso ratifica em seu texto estes direitos, porém há necessidade das políticas públicas se adequarem à legislação vigente no Brasil.

#### **4.1.2 - Políticas Públicas da Saúde do Idoso**

O Ministério da Saúde publicou em janeiro de 2004, edição sobre as diretrizes da política nacional de saúde bucal. O documento fundamentou-se principalmente em proposições apresentadas em congressos sobre saúde coletiva e congressos sobre odontologia, além de deliberações apresentadas em algumas conferências nacionais de saúde. Deve-se ressaltar que esse documento estará sempre em reformulação, devido às grandes diferenças sanitárias, epidemiológicas, regionais e culturais de nosso país, e também no que se refere ao grande debate que se oferece nas Conferências e Conselhos de saúde. Servirá sempre como referência e orientação das práticas no campo de Saúde Bucal. Essas diretrizes apontam sempre para incorporação de ações programáticas amplas, e uso de práticas intersetoriais; também estimulam a formação de uma consciência sanitária, conhecendo as pessoas e seu território, suas condições de vida, hábitos e recursos existentes para a prevenção, promoção e

recuperação da saúde bucal. A partir deste documento, a política nacional de saúde bucal deveria se desenvolver baseada nos pressupostos seguintes.

“1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização.

2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa.

3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;

4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento - deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, por meio da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.

5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica na existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.

6. Centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território.

7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica.

8. Definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve se dar por meio deles.

9. Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.

**10.** Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.”

Além dos princípios constitucionais (universalidade, integralidade e equidade), o documento relaciona outros de grande importância para o desenvolvimento de ações de “cuidado em Saúde Bucal”:

- 1- ética;
- 2- acesso;
- 3- acolhimento;
- 4- gestão participativa;
- 5- vínculo;
- 6- responsabilidade profissional.

Em relação ao processo de trabalho da equipe de saúde bucal, defende-se que a atuação seja integrada com outros profissionais de outras áreas, para que haja uma troca de experiências, e o indivíduo seja tratado como um todo, sempre considerando o contexto em que ele está inserido. Devem-se buscar parcerias com outros setores que influem na saúde: meio ambiente, assistência social, saneamento, esportes e vários outros para melhores resultados. Adequar os atendimentos para que cerca de 80% das ações sejam voltadas para atividades ambulatoriais e os outros 20% estejam voltados para planejamento, capacitação e atividades coletivas. Ter condições adequadas de trabalho, para poder assegurar a plena utilização da capacidade de geração de serviços, observando sempre os padrões de biossegurança. Observar parâmetros de orientação para poder avaliar a qualidade dos serviços prestados e os resultados obtidos.

As ações específicas em saúde bucal deverão incorporar progressivamente as ações de promoção e proteção, e não somente as de recuperação, que eram prioridades; para isso, deverão ser consideradas as características e o perfil epidemiológico da população.

Dentre as ações de grande importância, está a de garantir o acesso a água tratada e fluoretada para as populações que ainda não dispõem desses serviços.

Promover ações de educação em saúde para a população, tanto coletivamente, quanto nas visitas domiciliares. Essas ações de preferência devem ser trabalhadas de forma integrada com os demais profissionais da equipe.

Utilizar as atividades de Higiene Bucal Supervisionada em todos os espaços sociais onde for possível; desenvolvidas principalmente pelos profissionais auxiliares da Equipe de Saúde Bucal.

Utilizar a aplicação tópica de flúor de forma universal nas seguintes situações:

- a) exposição à água de abastecimento sem flúor;
- b) exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F);
- c) exposição a flúor na água há menos de 5 anos;
- d) CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade;
- e) menos de 30% dos indivíduos do grupo livres de cárie aos 12 anos de idade.

Aprimorar as ações de recuperação, fazendo o diagnóstico das doenças o mais cedo possível, iniciando o tratamento e diminuindo os danos. Poder fazer a reabilitação parcial ou total, reintegrando o indivíduo em seu contexto.

Para a Atenção Básica as diretrizes da política nacional de saúde bucal (2004) estabelece:

#### 1. Prevenção e controle do câncer

- a) realizar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo;
- b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa) seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (por exemplo: vacinação de idosos);
- c) acompanhar casos suspeitos e confirmados através da definição e, se necessário, criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e reabilitação;
- d) estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com universidades e outras organizações.

#### 2. Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento

- a) organizar o pronto-atendimento de acordo com a realidade local;
- b) avaliar a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência;
- c) orientar o usuário para retornar ao serviço e dar continuidade ao tratamento.



### 3. Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica.

Deve-se considerar a possibilidade de, em cada local, inserir na atenção básica procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. Tais procedimentos contribuem para aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico em cada local, aumentando o impacto e a cobertura.

### 4. Inclusão da reabilitação protética na atenção básica

Considerar em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Assim será possível avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população.

A viabilização dessas possibilidades implica suporte financeiro e técnico específico a ser proporcionado pelo Ministério da Saúde que:

- a) Contribuirá para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões;
- b) capacitará Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) da rede SUS, para a implantação desses serviços.

### 5. Ampliação do acesso

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as

políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida.

Para os grupos a seguir destacam-se as seguintes orientações:

5.1. Grupo de 0 a 5 anos: organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo seja parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

5.2. Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos): a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

5.3. Grupo de Gestantes: Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Devem-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos:

- a) orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;
- b) exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- c) diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;
- d) diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;
- e) orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal;
- f) em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre a vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.

5.4. Grupo de adultos: os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades de acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo. Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando-se a detecção dos riscos específicos.

5.5. Grupo de idosos: a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos(as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode-se igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso(a) evitando-se as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para este grupo, deve-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso.

Como elemento estratégico para ampliar o acesso à assistência, sugere-se a aplicação de tecnologias inovadoras que, a exemplo do tratamento restaurador atraumático (ART) e dos procedimentos periodontais de menor complexidade, possibilitem abordagens de maior impacto e cobertura. Observa-se que em todas as ações determinadas para a Atenção Básica, os resultados serão observados ao longo prazo, em futuras gerações de idosos.

Para a Atenção Especializada pretende-se ampliar a baixa oferta de serviços oferecidos pelo SUS, pois se admite que o setor odontológico ficou estagnado nos níveis secundário e terciário, quando comparados com a atenção primária. De acordo com a realidade epidemiológica de cada região, planeja-se a criação de centros de referência, onde serão incluídos procedimentos clínicos nas áreas de: cirurgia periodontal, endodontia, dentística restauradora mais complexa e cirurgias.

Ressalta-se nesse documento a grande importância da estratégia da família, para estruturar e organizar a Atenção Básica. O vínculo criado com a população, por meio das visitas domiciliares, possibilita uma melhor compreensão das necessidades da população adscrita, conhecendo hábitos, valores, condições culturais e sociais de cada família. Em particular, a equipe de saúde bucal beneficia-se dessa estratégia para poder mudar a cultura

curativista que as populações ainda insistem em preservar, pois, defendem-se trabalhos de prevenção e promoção de saúde ao lado dos procedimentos de cura.

## **4.2 Abordagem da saúde bucal do idoso**

De acordo com o Projeto Saúde Brasil 2003 (SB Brasil 2003) a saúde bucal do idoso no Brasil apresenta índices negativos quanto aos índices CPO-D, quanto à saúde periodontal e grandes índices de edentulismo.

As pesquisas se referem a idosos acima de 65, até 74 anos; nas demais pesquisas encontradas, a referência de idade para idosos é acima de 60 anos.

Em relação ao índice CPO-D esta pesquisa demonstra altos índices de perda dentária nesta faixa etária. De acordo com as metas da OMS/ FDI para o ano de 2000, 50% da população de 65 a 74 anos deveria ter 20 ou mais dentes na boca, e a pesquisa demonstra apenas 10,23 para a média nacional.

A condição periodontal apresentada por essa faixa etária também foi preocupante, pois, apenas 7,89% dos dentes se apresentaram sadios.

Em relação ao edentulismo, 57,91% usa prótese total superior e 34,18% usam prótese total inferior. Grande é o número de pessoas que necessitam das próteses e não usam, por vários motivos, dentre os quais, a falta de recursos financeiros, a indisponibilidade desses procedimentos no serviço público e, as vezes, a intolerância com as dificuldades de adaptação as próteses totais. Entre essa população, 40,5% geralmente recorre ao serviço público e 5,82% nunca foi ao dentista. Há um dado que merece destaque, no ano de 2003 apenas 46% das cidades tinha água fluoretada.

### **4.2.1 Pesquisas**

Colussi et al. (2002) em pesquisa sobre os Aspectos Epidemiológicos da Saúde Bucal no Brasil, resolveram excluir de seus artigos de estudo para a pesquisa, o de Chagas et al.(2000), pois havia uma grande divergência de dados. A população pesquisada por Chagas et al. (2000) participava de um serviço de Atenção Odontológica aos Idosos, que desenvolvia entre outras ações, grupos educativos, o que diferenciava em muito essa população em termos de resultados.

As atividades educativas também foram tema de estudos de Ferreira, R. I. et al. (2004). Os autores concluíram em pesquisas que as práticas educativas sempre devem levar em conta os determinantes sociais que levam aos problemas de saúde bucal e que a motivação desses grupos sempre leva a manter os níveis de resultados positivos.

Carvalho, V. L. R. et. al.(2006) desenvolveram entre idosos de 60 a 74 anos, cadastrados no PSF de Londrina, Paraná, um programa específico de educação em saúde. Foram realizadas palestras sobre prevenção de doenças bucais, também atividades práticas, como a forma correta de escovação e uma orientação para um auto-exame bucal. Após um período de 20 dias, foi feito um questionário sobre estas atividades educativas. Com o auxílio dos ACSs, em suas visitas domiciliares, foram avaliados itens da atividade educativa, sua auto-percepção de saúde bucal e dados sobre a condição sócio econômica desses usuários. A grande maioria, ou seja, 83,6% dos pesquisados de uma população de 73 idosos, relatou que nunca havia sido orientada sobre prevenção em saúde bucal e 94,5% afirmou ter evoluído em termos de condição de higiene bucal. Estes pesquisadores observaram que apesar de terem obtido dados positivos, poderão ter mais sucesso em outras ações frente a essas populações, qualificando a forma de apresentação dos temas. Observaram que deveriam ter uma linguagem mais simples, com fala mais pausada e que deveriam utilizar mais imagens que textos, pois essas populações geralmente têm baixa escolaridade e capacidade visual reduzidas. Observou-se também que após esse aprendizado, grande seria o potencial desses indivíduos de atuarem como multiplicadores.

Rosa et. al. (2008) lembram que, recentemente, a odontogeriatria se tornou uma especialidade, e por ser uma especialidade nova, poucos CDs e ASB tem um preparo adequado para enfrentar as particularidades de atendimento aos idosos, tanto na prevenção, promoção ou na cura. Por isso, entende que, com essa qualificação, a equipe de saúde bucal poderia desenvolver um melhor trabalho de conscientização dos idosos em relação aos seus problemas de saúde bucal.

Há a necessidade de uma maior inclusão dos idosos no sistema de saúde, tema defendido por Mello et al. (2008) em seu artigo, por meio da ampliação dos locais de atuação dos serviços de saúde, ou seja, ações em hospitais, residências e ações específicas em instituições de longa permanência, ou ampliando as ESFs.

Em seu artigo sobre odontogeriatria Pereira et. al. (2009) inferem que há grandes problemas históricos para essa especialidade: a falta de estrutura do sistema de saúde, o despreparo e a falta de interesse dos profissionais para trabalhar nas áreas mais carentes. Esse

despreparo influi negativamente quando de suas ações preventivas de educação em saúde. Citam ainda que a falta de percepção dos idosos frente à sua saúde bucal, pode ser o principal fator de dificuldades para a programação de ações preventivas e que nessas ações devam estar incluídos os familiares, pois poderão ser futuros cuidadores. A orientação de saúde bucal para idosos, cuidadores e familiares deveria incluir: higiene bucal, prevenção de câncer de boca (auto-exame bucal, fatores de risco, lesões pré-malignas), alimentação, técnica de escovação e escovação supervisionada, limpeza das próteses, uso do flúor, auto-cuidado e a manutenção da saúde bucal.

### **4.3 Adesão do Idoso à Saúde Bucal**

Analisando o trabalho apresentado por Silva et al. (2001), onde os pesquisadores estudaram um grupo de idosos com baixa condição sócio-econômica e cultural, constatou-se que o grupo teve uma auto-percepção de sua saúde bucal bem diferente daquela apresentada pelo grupo de profissionais, pois mesmo apresentando grandes problemas de saúde bucal, o grupo dizia estar satisfeito com suas condições; o grupo demonstrou um certo “conformismo”, aceitando os problemas como inevitáveis pela idade. Esse “conformismo” pode ser gerado por vários fatores, tanto os culturais, já citados, como o da dificuldade de obter benefícios, ou pela falta de informações sobre os serviços. Concluíram que os valores, as crenças e as práticas de saúde bucal de uma região são determinantes que têm influencia perante a busca de tratamento odontológico, pois, mesmo tendo esses serviços disponíveis, podem não ser utilizados.

Em pesquisa realizada em um Distrito Sanitário de João Pessoa - PB, sobre a auto-percepção dos idosos, Santos F.B. et al. (2007) observaram o grande interesse dessa população pela saúde bucal, quando solicitados a participarem. Dos idosos pesquisados, a grande maioria reclamou que as próteses são caras em relação aos seus rendimentos, e que este procedimento não é oferecido pelo serviço público. Por meio da pesquisa contactou-se que os que usavam próteses eram mais satisfeitos em relação à mastigação e à aparência.

Diante das atuais políticas públicas, ineficientes quanto à execução de suas diretrizes, Mello et al. (2008) inferem que o comparecimento do idoso para serviços de saúde bucal na atenção básica é desestimulante, pois, a diversidade de procedimentos oferecidos à essa

população é pequena em relação às necessidades e que, se dispendo de procedimentos de maior complexidade na atenção básica, haveria um estímulo maior para a procura desses serviços, o que seria uma ótima forma de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde em um grupo maior de pessoas.

Em estudos realizados com idosos restritos ao domicílio na cidade de Londrina - PR, Mesas et al. (2008) constataram que a realidade clínica observada em relação à saúde bucal dos idosos, é bem diferente da percepção dos problemas apresentados por estes pacientes. Muitos também encaram com certo “conformismo”, pois, acham que “a ausência de dentes é resultante dos avanços da idade”. Cerca de 80% não tiveram atendimento odontológico há mais de cinco anos, o que demonstra a ineficiência dos serviços públicos de saúde bucal. Em comparação a idosos institucionalizados, encontraram semelhanças em relação à dificuldade de acesso a tratamentos conservadores e também à pequena assistência na prevenção de problemas bucais. Todos os dois grupos sentem a mesma dificuldade para acessar os serviços, pois a cobertura ineficiente das equipes de saúde bucal, faz com que grande parte da população fique sem atendimento.

## **5. DISCUSSÃO**

Apesar da legislação garantir os direitos de todos em relação à saúde, é de forma bem diferente que se encontra a situação do SUS frente à suas diretrizes. Apesar do SUS ser um sistema eficiente em algumas áreas, em relação à saúde bucal do idoso, destaca-se por uma carência de ações específicas para a melhoria do quadro epidemiológico, mesmo com os idosos tendo seus direitos garantidos pela Constituição Federal e ratificados pelo Estatuto do Idoso. Apesar disso, os profissionais da saúde bucal do serviço público desenvolvem as atividades possíveis, e que estão ao seu alcance, principalmente as ações educativas.

Dentre outros dados negativos pode-se citar os dados encontrados no SB Brasil 2003 onde 50% da população de idosos entre 65 e 74 anos de acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS/ *WORLD DENTAL FEDERATION FDI*, deveria ter 20 ou mais dentes na boca e a pesquisa encontrou apenas 10,23% de média nacional, o que comprova que os serviços não funcionam de forma adequada.

Encontraram-se poucos trabalhos de pesquisa sobre ações desenvolvidas para a melhoria da saúde bucal do idoso no Brasil, sendo, que na grande maioria deles, foi ressaltado o valor das atividades educativas, levando-se sempre em conta os aspectos sociais. Defende-

se também a capacitação de profissionais, parentes e cuidadores com conhecimentos específicos para esta faixa etária, para obtenção de melhores resultados. A ampliação dos locais de atuação dos profissionais de saúde também pode ser uma forma de atingir um maior número de idosos, ampliando-se os atendimentos em hospitais, residências e em instituições de longa permanência.

Defende-se também que grande parte dos idosos não procura o serviço público, devido a pequena quantidade e diversidade de serviços oferecidos pelo sistema público, mas quando inseridos no sistema são interessados e participativos. Devido a pouca renda, grande parte não pode usar próteses, trazendo problemas físicos e psicológicos. Grande parte é “conformada”, diante dos “problemas da idade”, achando não ter problemas de saúde bucal, diferentemente do que foi encontrado após examinados os estudos de Silva et al. (2001) e ratificado por Mesas et al. (2008).

Dentre os autores citados, todos enfatizaram a grande importância dessas ações. Rosa et al.(2008) comentaram ainda que poucos profissionais têm o preparo necessário para um atendimento adequado aos idosos. Mello et al. (2008) lembraram que a falta de estrutura do sistema é histórica e há pouco interesse dos profissionais para o setor. Os idosos, principalmente os de classe social mais baixa, são os que mais sofrem com os problemas de saúde e geralmente são os que têm mais problemas de saúde bucal. Para fazer um programa efetivo de saúde bucal para os idosos, os gestores deveriam cumprir a legislação para o setor, garantidas na constituição. Uma cobertura sempre crescente em relação às equipes de saúde da família, onde os profissionais estivessem sempre atualizados e também possibilitasse a consolidação do programa Brasil Sorridente, pois, na maioria das cidades, os CEOs têm um funcionamento aquém das expectativas e os LRPD ainda são em número reduzido.

As pesquisas mostram que os idosos são interessados e dispostos para orientações e tratamento, mas que, às vezes, se conformam com aquilo que conseguem pelas dificuldades de acesso ao sistema. Sugere-se que, após a efetivação do programa Brasil Sorridente, seja feita uma grande campanha publicitária estimulando e mostrando aos idosos os serviços oferecidos, o que também deve ser realizado e enfatizado pela ESF. Devido a grande “fragilidade” dessa população, a legislação e os programas públicos deveriam ser respeitados e executados de forma integral para a melhoria da qualidade de vida da mesma.



## 6 CONCLUSÕES

De acordo com o estudo feito, pode-se concluir que no Brasil:

- a assistência odontológica pública ao idoso ainda é precária, mesmo com esta população tendo seus direitos garantidos pela Constituição Federal e ratificados pelo Estatuto do Idoso e ainda das políticas públicas, com as diretrizes para a prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal, terem sido apresentadas desde Janeiro de 2004;
- para realizar um programa integral efetivo de saúde bucal para os idosos e cumprir a legislação para o setor, garantidas na constituição, deve haver ampliação dos locais de atuação dos profissionais de saúde para atingir um maior número de idosos, ampliando os atendimentos em hospitais, universidades, residências e em instituições de longa permanência. Torna-se necessário, ainda, capacitar os profissionais de saúde, parentes e cuidadores com conhecimentos específicos para esta faixa etária, para obtenção de melhores resultados;
- a maioria dos idosos não procura o serviço público, devido a carência e a pequena diversidade de serviços oferecidos pelo mesmo, mas, quando inseridos no sistema, são interessados e participativos;
- grande parte dos idosos não pode usar próteses por problemas sócio-econômicos e tem uma postura conformista frente aos problemas de saúde bucal, por atribuírem os mesmos ao avanço da idade, porém, é possível executar diversas ações para que esta população tenha a melhoria da qualidade de vida e possa manter a sua saúde sobre controle por toda a vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil. Brasília, DF, 2002-2003.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linha guia; atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte, 2007.

CARVALHO, V. L. R. et al, Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos. **Espaço para a Saúde**, versão on line, v.7, n. 2, junho 2006.

CHAGAS, I. J. ; NASCIMENTO, A.; SILVEIRA, M. M. Atenção odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.57, n.5, p.332-335, Set/Out, 2000.

COLUSSI, C. F. et al. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1313-1320, Set./Out. 2002.

FERREIRA, R. I. et al. Educação em saúde bucal para pacientes adultos: relato de uma experiência. **Revista Odontológica - Unesp**, v.33, n.3, p.149-156, Julho-Setembro 2004.

HEBLING, E.; RODRIGUES, C. K. O estatuto do idoso e a saúde bucal. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v.15, n.39, p.51-56, 2006.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.696-704, Out. – Dez. 2008.

MESAS, A. E. M.; TRELHA, C. S.; AZEVEDO, M. J. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.61-75, 2008.

SANTOS, F. B. et al. Auto-percepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa – PB. **Arquivos em Odontologia UFMG**, v.43, n.2, p.23-32, 2007.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Auto-percepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.4, p.349-355, Ago. 2001.

VARGAS, A. M. D. et al. Módulo Saúde Bucal do Idoso CEABSF - UFMG. Belo Horizonte, 2009.