

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

PROPOSTA DE UM PROTOCOLO, PARA OS CUIDADORES DE
IDOSOS DEPENDENTES, SOBRE CUIDADOS COM A HIGIENE
ORAL DOS IDOSOS

Campos Gerais – Minas Gerais
2012
ANDRÉA DIAS DE OLIVEIRA

**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO, PARA OS CUIDADORES DE
IDOSOS DEPENDENTES, SOBRE CUIDADOS COM A HIGIENE ORAL
DOS IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do Certificado de
Especialista.

ORIENTADOR: FLÁVIO DE FREITAS MATTOS

**Campos Gerais – Minas Gerais
2012
ANDRÉA DIAS DE OLIVEIRA**

**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO, PARA OS CUIDADORES DE
IDOSOS DEPENDENTES, SOBRE CUIDADOS COM A HIGIENE
ORAL DOS IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do Certificado de
Especialista.

ORIENTADOR: FLÁVIO DE FREITAS MATTOS

Banca Examinadora

Prof. FLÁVIO DE FREITAS MATTOS

Prof. BRUNO LEONARDO DE CASTRO SENA

Aprovada em Belo Horizonte 26 de maio de 2012.

**Campos Gerais-Minas Gerais
2012**

RESUMO

O envelhecimento populacional iniciou-se no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental, espalhou-se pelo resto do Primeiro Mundo, no século passado, e se estendeu, nas últimas décadas, por vários países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil. No caso brasileiro, observou-se à partir do final dos anos 60, rapidíssima e generalizada queda da fecundidade, e haverá, conseqüentemente, um célere processo de envelhecimento da população. Este trabalho bibliográfico teve por objetivo discutir a atuação da odontologia na atenção integral à saúde do idoso, considerando-se a necessidade da abordagem interdisciplinar, e propor um protocolo, para os cuidadores de idosos dependentes, sobre cuidados com a higiene oral dos idosos. É apresentada a atual situação dos cuidadores informais de idosos, a falta de informações e treinamentos específicos. Como cuidador informal considerou-se a pessoa da família ou não, que presta assistência ao idoso dependente. Foram utilizados as bases de dados LILACS (literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on –line) e SCIELO (Scientific Eletronic Library on –line) a partir dos descritores Saúde bucal do Idoso; Envelhecimento; Idoso dependente; Cuidadores de idosos, entre os anos de 1998 e 2011. A capacitação pode e deve acontecer nos grupos de cuidadores de idosos, ser realizada pelo cirurgião dentista, mas contar com a participação de todos os profissionais, visto a grande importância da interdisciplinaridade.

Palavras-chave: Saúde bucal do Idoso; Envelhecimento; Idoso dependente; Cuidadores de idosos.

ABSTRACT

The aging process Began in the late nineteenth century in some Western European Countries, spread across the rest of the First World, in the last century and extended in recent Decades, Several Third World Countries, including Brazil. In Brazil, it was Observed from the late 60s, Widespread and very rapid decline in fertility, and will, Therefore, the developing rapidly aging population. This literature review AIMS at discussing the role of dentistry in comprehensive health care for the elderly, considering the need for an interdisciplinary approach, and propose a protocol for caregivers of elderly dependent on care of oral hygiene elderly .It Analyzing the current situation of informal caregivers, lack of information and trainings specifc.As informal caregiver was Considered one of the family or not, that 'assists the elderly dependent. Were used the databases LILACS (Latin American literature Health Sciences), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem online) and SCIELO (Scientific Electronic Library online) descriptors from the oral health of the elderly, aging, elderly dependent; Caregivers for the elderly, Between the years 1998 and 2011. The training Can and should happen in groups of caregivers for elderly, be performed by a dentist, but count on the participation of all professionals, Given the Importance of interdisciplinary.

Keywords: Oral Health of the Elderly, Aging, Elderly dependent; Caregivers of the elderly.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1.INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 2.JUSTIFICATIVA..... | 09 |
| 3.OBJETIVO..... | 10 |
| 4.METODOLOGIA..... | 11 |
| 5.REVISÃO LITERÁRIA..... | 12 |
| 5.1 Envelhecimento..... | 12 |
| 5.2 Idosos dependentes..... | 15 |
| 5.3 Patologias mais comuns nos idosos..... | 19 |
| 5.4 Cuidadores de Idosos..... | 23 |
| 6.PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE CUIDADOS COM A HIGIENE ORAL PARA OS CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES..... | 28 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 35 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |

1 - INTRODUÇÃO

A importância deste tema é evidenciada pelo significativo aumento da população idosa mundial e nacional, devido a um aumento na expectativa de vida que chegou a 8,7 para os homens e 10,2 anos para as mulheres. As mulheres vivem até os 75,9 anos e os homens, até os 68,4 anos (IBGE, 2009). Este quadro se deve basicamente por dois motivos: a diminuição da mortalidade em resposta à tecnologia (vacinas, antibióticos, medicamentos, equipamentos modernos, e outros) e a queda na taxa de natalidade (PASCHOAL, 2005).

Conforme estudos, sabemos que aproximadamente 15% da nossa população idosa possuem pelo menos cinco tipos de doenças crônicas, e mais de 85% apresentam pelo menos uma doença (BRASIL, 2002).

Junto com a transição demográfica, pode-se observar a transição epidemiológica caracterizada pelo aumento de doenças crônicas degenerativas em detrimento das doenças infecciosas, que vêm alterando os padrões de morbimortalidade deixando seqüelas e levando em muitos casos à dependência (PASCHOAL, 2005).

Encontramos também os chamados "gigantes da geriatria", problemas comuns entre os idosos, como a instabilidade postural, a síndrome da imobilidade, as doenças neuropsiquiátricas ou insuficiência cerebral, a iatrogenia e a incontinência urinária (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

A introdução da geriatria e da gerontologia na área odontológica vem sendo realizada de forma lenta e sistematizada no Brasil e na maioria dos países em desenvolvimento que estão passando pela transição demográfica (SHINKAI ; CURY, 2000).

A abordagem de pacientes idosos difere daquela direcionada a população em geral, uma vez que o envelhecimento promove alterações fisiológicas que predisõem o idoso a apresentar, com frequência, condições patológicas típicas do envelhecimento, o que requer cuidado por parte dos profissionais da saúde. Os protocolos de atendimento que contém atribuições e competências para cada membro da equipe de saúde da família, foram desenvolvidos, entretanto, não existe ainda um protocolo que inclua a promoção e a prevenção das condições de saúde bucal dos idosos (MACEDO *et al.*, 2009).

É necessário conhecer as alterações fisiopatológicas que acometem o organismo do paciente idoso, bem como aspectos psico sociais de interesse para este indivíduo visando a manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo. (ROSA *et al.*, 2008).

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como: “ percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SAINTRAIN *et al.*, 2008).

Muitas vezes encontramos idosos que necessitam de cuidadores domiciliares e cuidadores familiares que também necessitam de cuidados. Observamos então, uma carência de suporte e uma falta de estrutura eficaz, que proporcione a esses cuidadores familiares melhores capacidade para prestar cuidado efetivo ao idoso dependente (ALBURQUERQUE *et al.*, 2007).

A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população pode ou não aceitar as novas informações modificando ou não seus comportamentos frente aos problemas de saúde. (ALBURQUERQUE *et al.*, 2007).

2. JUSTIFICATIVA

A vivência nos grupos de cuidadores na equipe de saúde da família me fez refletir sobre a questão do cuidador de idosos informal. Este trabalho surgiu do interesse em aprofundar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento com repercussão no cuidador de idosos, pois tenho vivenciado as dificuldades e o despreparo das famílias e sociedade para exercer tal função, o que constitui em agravante na prática dos profissionais de saúde inserido na equipe de saúde da família. Ao nos depararmos com idosos sendo cuidados por famílias ou voluntários sem preparo, observamos que essas pessoas se tornam cuidadores de um dia para o outro não possuindo conhecimento teórico ou condição emocional para tal ação.

Este estudo ajudará a identificarmos o grau de conhecimento dos cuidadores e enfatizará a necessidade de uma capacitação adequada para esses, no âmbito do Sistema Público de Saúde, que contemplem um protocolo de cuidados em saúde bucal para assim oferecer suporte adequado aos cuidadores informais, o que resultará em uma melhor qualidade de saúde geral, visto a importância da saúde oral para esse fim, e conseqüentemente uma diminuição no volume de consultas sem resolutividade que oneram o sistema.

Portanto a justificativa para a realização deste trabalho é a premente necessidade de orientar os cuidadores de idosos nos grupos que acontecem na unidade do programa de saúde da família para a melhor forma de atender ao idoso em suas necessidades básicas e proporcionar melhor qualidade de vida

3 - OBJETIVO

O objetivo deste estudo é rever a literatura referente ao tema e desenvolver uma sugestão de protocolo para capacitar os cuidadores informais quanto ao cuidado com a higiene oral dos idosos dependentes e assim estimular a introdução da saúde bucal nos assuntos a serem abordados nos grupos de cuidadores de minha equipe.

4-METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico que busca discutir a temática saúde bucal dos idosos dependente e a capacitação do cuidador pela ESF.

A análise foi realizada a partir de autores que desenvolveram estudos sobre envelhecimento com dependência, cuidado familiar e ações direcionadas ao cuidador informal, saúde bucal dos idosos.

Os temas destacados para esta análise foram: o papel do cuidador informal no cuidado com a saúde bucal do idoso dependente; e os modelos de atenção e suporte direcionados ao cuidador informal.

O estudo demonstra a importância da ampliação de estratégias que tenham o cuidador como sujeito principal, cabendo ao profissional de saúde e às políticas públicas valorizarem a rede de suporte ao idoso dependente. Esta rede é importante como base do processo de cuidar com qualidade.

É um estudo descritivo, retrospectivo, de revisão bibliográfica onde efetuando a consulta na base de dados MEDLINE, BIREME e LILACS, foram pesquisados os artigos que constavam na literatura a partir de 1988 até 2011 usando as palavras chave: Saúde Bucal do Idoso; Envelhecimento; Idoso Dependente; Cuidadores de Idosos.

Foi proposto um protocolo de cuidados com a saúde bucal dos idosos dependentes que deverá ser implantado nos grupos de formação de cuidadores informais que acontecem na ESF onde trabalho.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 - O envelhecimento

O envelhecer é um processo natural do homem. Queiramos ou não estamos envelhecendo dia após dia, visto que “envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam, e em especial o ser humano” (CALDAS, 1998).

O envelhecimento tem uma dimensão existencial. Como todas as situações humanas, ele modifica a relação do homem com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. “Só pode ser entendido na sua totalidade, não representa uma ação ou efeito biológico ou psicológico, é também um efeito sócio-cultural” (VARGAS, 1983).

Delimitado inicialmente a partir de sua dimensão biológica, o envelhecimento foi associado à deterioração do corpo e, em consequência, tratado como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio (CORIN, 1985; DEBERT, 1999). Cristalizou-se, assim, uma visão orgânica do envelhecimento. Entretanto, estudos realizados em sociedades não ocidentais tornaram conhecidas imagens bem mais positivas da velhice e do envelhecimento, questionando a universalidade da visão ocidental e ensinando que uma representação de velhice enraizada nas idéias de deterioração e perda não é universal.

Com o aparecimento dos estudos holísticos, o envelhecimento passa a ser estudado através de uma perspectiva êmica. O pesquisador tenta penetrar em uma cultura específica para descobrir como aspectos relativos à velhice e ao envelhecimento são organizados e adquirem significado. O envelhecimento deixa, então, de ser encarado como um estado no qual os indivíduos se submetem passivamente para ser encarado como um fenômeno biológico, no qual os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais (CORIN, 1982; MARSHALL, 1986, 1987).

Com o decorrer dos anos o conceito de idoso para a sociedade foi sendo alterado. Conforme explicações de Barreto (1992, p.23):

(...) antes do século XVIII, a velhice era considerada ridícula; no século XIX, sábia; no século XX, a velhice como conceito biológico e moral desaparece e a pressão social exerce-se no sentido de negar a

velhice enquanto tal valorizando-se a pessoa que consegue disfarçá-la fisicamente (velhos bem conservados) e / ou psicologicamente (velhos de espírito jovem) (...)

Segundo o pensamento de Debert (1999 s.p.):

A gestão da velhice foi, por muito tempo, considerada, em sociedades ocidentais modernas, como uma problemática específica da vida privada e familiar, ou em termos institucionais, uma questão cingida ao âmbito da previdência individual ou das instituições filantrópicas. Ao adquirir visibilidade social, conseguiu publicidade, expressão e legitimidade no palco das preocupações sociais transformou-se em uma questão da esfera pública dessas sociedades.

Existe uma gama de deveres do Estado, da sociedade e da família no atendimento ao idoso, com políticas sociais básicas, que foram criadas e aperfeiçoadas no decorrer da história. A Carta Magna preconiza no Art. 230: “é dever da família, da sociedade e do estado, amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Em 04 de janeiro de 1994 foi criada a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (Lei do Idoso), que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade. Esta Lei somente foi regulamentada em 03 de julho de 1996, pelo Decreto Lei nº 1.948.

O idoso tem direito garantido em lei de ter assistência à saúde, e que esta seja prestada com qualidade. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003, p.12), em seu capítulo IV, nos remete que:

(...) É assegurada à atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (...).

Conforme o pensamento de Debert (1999), em virtude do incremento do envelhecimento populacional e dos problemas de saúde advindos desse processo, os idosos tornaram-se população-alvo de programas específicos de atenção integral à saúde. Porém, o setor de atenção à saúde manteve a organização do trabalho centrado no atendimento médico individual às doenças crônicas degenerativas, restringindo-se, em grande parte, a atendimentos médicos esporádicos de agravos.

De acordo com a Organização das Nações Unidas, em seu último relatório técnico “Previsões sobre a população mundial” (FELIX, 2007), elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, nos próximos 43 anos o número pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de dois bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões). No critério da Organização Mundial da Saúde, é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos.

Entre 1970 e 2025 espera-se um crescimento de 223% de idosos na população mundial, algo em torno de 694 milhões. As projeções para 2025 são de que haverá mais de 1,2 bilhões de pessoas acima de 60 anos no planeta. Por volta de 2050 serão aproximadamente dois bilhões, sendo que 80% estarão vivendo em países em desenvolvimento (IBGE, 2000).

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e que adquire características muito peculiares no nosso País.

A expectativa de vida do brasileiro passou de 33,7 anos, no início do século, para 63,5 anos na década de 80. Posteriormente, chegou a 69,49 no ano de 2004, passando para 73,1 no ano de 2010. A taxa de natalidade caiu de 31,56 em 1980 para 19,30 em 2004 e será de 13,53 em 2050. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e

2025, a população de pessoas idosas crescerá em torno de 16 vezes contra cinco vezes da população total (BRASIL, 2002). Desse modo a proporção de pessoas idosas na população geral passará de 1:10 nos dias atuais para 1:5 em 2050.

A razão de dependência demográfica (soma da população menor de 15 anos e de 65 e mais anos dividida pela população com 15 a 64 anos) hoje, definida principalmente pelo segmento jovem, será modificada para uma dependência idosa ao final de 2050 (MOREIRA, 1998).

Uma importante consequência dessa transição demográfica é o envelhecimento da população ativa. Nos países onde essa transição já ocorreu, a população em idade ativa é mais envelhecida, e esse processo tende a acentuar-se com o tempo (COSTA, 2000; SCHKOLNIK, 1989).

É importante salientar que o envelhecimento de uma população não pode nunca ser visto como um fato isolado ou de pouca importância. Ele tem inúmeros reflexos na vida social, influenciando o consumo, a transferência de capital e de propriedades, os impostos, a previdência social, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, e, também, a composição e organização das famílias.

5.2 - Idoso Dependente

A definição de dependência encerra sempre a existência de três fatores: a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete determinadas capacidades; a incapacidade para realizar por si a atividade de vida diária; a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros. (FIGUEIREDO, 2007).

Dependência é um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros) para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas,

(...) “é um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm

necessidade de assistência e /ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária”...) (CONSELHO DA EUROPA, 1998).

A dependência, ao contrário do que muitas vezes se possa pensar, não é um atributo exclusivo da velhice, podendo ser constatada ao longo do processo evolutivo do ser humano. Ao nascer, o bebê mantém uma relação de dependência com a mãe e as demais pessoas que o cercam, relação que vai diminuindo, gradativamente à medida que cresce, dando lugar à competência. Na idade adulta esse mesmo ser, agindo por vontade própria, de forma independente, na grande maioria de seus atos ou realizações, apresenta um grau de dependência muito pequeno em relação aos outros adultos. Na velhice, esse processo de dependência reaparece, por conta do processo fisiológico do envelhecimento, e se manifesta, com maior intensidade e frequência, pela ocorrência de doenças e condições adversas, tais como pobreza, fome, maus tratos, abandono (PASINATO, 2007).

Na literatura gerontológica, a dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, quer devido a limitações físico-funcionais, quer devido a limitações cognitivas, quer a combinação entre essas duas condições, sendo possível ser inválido sem ser dependente e vice-versa (CATANACH; TEBES, 1991).

Dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, quer devido a limitações físico-funcionais, quer devido a limitações cognitivas (BALTES, 1995).

A capacidade funcional é um paradigma à saúde dos idosos, em que a qualidade de vida passa a ser resultante da interação entre saúde física, mental, independência na vida diária e o ambiente, dentro de uma integração social. Apesar de apresentar uma capacidade de se adaptar a novas condições de vida, o ser humano, e mais especificamente a pessoa idosa, diante da ocorrência de declínios funcionais e de perdas que resultam em dependência, acaba por se isolar e perde completamente a capacidade de participar e de se expressar frente aos problemas do cotidiano. Em outras palavras, a dependência pode limitar o exercício da autonomia. No entanto, a dependência não constitui um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode se

modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados. (CALDAS 2003).

Na proporção que a longevidade aumenta, a dependência tende a aumentar em decorrência de múltiplos fatores embora não possa ser estabelecida uma relação direta de causa e efeito (PAVARINI, 1996).

As alterações orgânicas, funcionais e psicológicas decorrentes do envelhecimento normal são variadas e dependem de como cada um se preparou para esta etapa da vida, de sua capacidade física, da manutenção das atividades que proporcionem prazer e desenvolvimento intelectual e pessoal e da rede social que contribuem para a manutenção de sua autonomia. Na verdade, não é o avanço da idade que marca as etapas mais significativas da vida, e sim um processo contínuo de reconstrução (DOLANT, 1992).

A avaliação da capacidade funcional é relevante em Gerontologia, como indicativo de qualidade de vida do idoso. O desempenho das atividades de vida diária é considerado um parâmetro aceito e legítimo para firmar essa avaliação, sendo utilizado pelos profissionais da área de saúde, e de extrema valia para o enfermeiro, para avaliar graus de dependência de seus clientes. Pode-se entender avaliação funcional, dentro de uma função específica, como sendo a avaliação da capacidade de autocuidado e de atendimento às necessidades básicas diárias, ou seja, do desempenho das atividades de vida diária (DIOGO, 1992.)

Assim, a par desta noção de multicausalidade inserido no conceito de dependência e a diversidade destas causas, surge como uma das inquietações da Gerontologia determinar quais os fatores que influenciam o grau de dependência dos idosos Assim, o envelhecimento é condicionado pela capacidade adaptativa que depende de fatores individuais e externos, sendo que a dependência é reveladora de déficit de adaptação ao envelhecimento. (QUARESMA, 2004).

De acordo com Lezaun e Salanova (2001) o conceito de dependência encerra em si mesmo três noções fundamentais: a multidimensionalidade que evoca que a dependência engloba múltiplos domínios: físico; mental; e social, multicausalidade que revela a implicação de vários fatores que influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos e

contextuais, e a multifuncionalidade, tendo em conta que a dependência não assume apenas uma única função, nem tem o caráter de irreversibilidade.

As atividades de vida diária subdividem-se em: Atividades básicas da vida diária (ex: higiene pessoal), atividades instrumentais da vida diária (ex: tarefas domésticas), atividades avançadas da vida diária (ex: atividades de lazer) (FIGUEIREDO, 2007).

Há muitas escalas que avaliam a capacidade funcional. O Índice de Katz, devido à praticidade de sua aplicação e sua confiabilidade, demonstradas em estudos, mostrou-se adequado para o propósito das pesquisadoras (DUART, 2007). A utilização do Índice de Katz demonstrou que esse instrumento beneficia a avaliação de indivíduos idosos, de doentes crônicos e daqueles em longos períodos de recuperação hospitalar ou, ainda, podia ser utilizado para avaliar a capacidade funcional do indivíduo na comunidade.

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, prepararem refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (MEDINA, 1998).

Para a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006), são considerados idosos frágeis aqueles com idade igual ou superior a oitenta anos ou com idade igual ou superior a sessenta anos e que apresentem: polipatogenias, polifarmácia (fazem uso de mais de cinco medicamentos por dia), imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural (quedas de repetição), incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium), história de internações frequentes, dependentes nas atividades básicas de vida diária, insuficiência familiar e idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias como institucionalizados.

Historicamente, diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, e, em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal, em outros, são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos. Em alguns países, ainda, as responsabilidades são divididas, em graduações variadas, entre o setor público e o

privado, incluindo benefícios, políticas e serviços previdenciários, de organizações sindicais, de empresas para seus funcionários responsáveis por algum idoso dependente de agências e unidades sanitárias estatais, assim como de organizações particulares de seguro-saúde (LECHNER ; NEAL, 1999).

O envelhecimento com qualidade de vida está muito dependente da saúde, uma vez que existe uma forte correlação entre uma “boa saúde”, a autonomia e a independência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (BRASIL, 2009).

5.3 - Patologias mais comuns nos idosos

O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência. Muitos desses quadros são acompanhados por dor e, em significativa parcela deles, a dor crônica é a principal queixa do indivíduo, fato que pode interferir de modo acentuado na qualidade de vida dos idosos (CHAIMOWICZ, 1997).

A osteoporose é a doença mais comum do metabolismo ósseo; e caracteriza-se por não ter sintomas, ser lenta, progressiva, comum nos idosos e nos indivíduos com imobilização prolongada. O próprio envelhecimento é um fator de risco para seu desenvolvimento e a melhor maneira de evitá-la é um diagnóstico precoce do enfraquecimento ósseo. A prevenção contra essa doença deve ser focada na mudança de hábitos da população idosa. Através de palestras com orientações e aconselhamento para deixar de fumar; reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, praticar exercícios físicos regularmente e manter uma dieta rica em cálcio, o idoso poderá mudar seus hábitos (TERRA, 2002).

As fraturas e as suas complicações são as principais manifestações clínicas da osteoporose, pois é uma doença silenciosa. Pode ocorrer em qualquer osso, mas é muito

mais comum no colo do fêmur, vértebras e punhos. Cinco a 20% das vítimas com fratura de colo de fêmur falecem no mesmo ano em que ocorre o evento, e cerca de 50% dos sobreviventes ficam incapacitados ou dependentes de modo permanente. Como os métodos de reabsorção óssea são comuns à periodontite e à osteoporose, têm sido constantes as tentativas de demonstrar associação entre essas duas doenças (LA ROCCA; JAHNIGEN, 1997).

A artrite reumatóide e a desordem temporomandibular apresentam-se como patologias de evolução crônica que interferem na qualidade de vida do idoso. Mostram-se, muitas vezes, debilitante e, em alguns casos, incapacitante. Essas doenças moldam a vida das pessoas, fazendo com que elas procurem uma adaptação no seu cotidiano. Elas interferem ativamente nas relações sociais, e, de forma profunda, no íntimo da pessoa, restringindo atividades básicas, como falar, mastigar e andar. Ambas provocam alterações estruturais nas articulações, mas todas essas alterações biológicas interferem na relação com a sociedade e na relação própria do indivíduo com seu corpo e com o ambiente que o cerca (TERRA, 2002).

A úlcera péptica gastroduodenal e a dispepsia funcional são duas das alterações fisiológicas que podem acometer o sistema digestivo, principalmente com o envelhecimento. A úlcera é uma doença de evolução crônica resultante do desequilíbrio entre a barreira mucosa (KINA, 1996).

A morbidade devido às múltiplas doenças associadas e o uso abusivo de drogas, como os antiinflamatórios não-esteroidais, sem dúvida é o grande responsável pelo número crescente de casos e complicações graves associadas, causando aumento na mortalidade nos idosos (TERRA, 2002).

A dispepsia funcional no idoso pode se desenvolver por hábitos alimentares inadequados, intolerância alimentar, distúrbios psiquiátricos como ansiedade, depressão e efeitos colaterais de medicamentos (TERRA, 2002).

O diabetes é uma doença crônica caracterizada por uma taxa elevada de glicose no sangue e, embora possa ocorrer em qualquer idade, há um aumento da incidência na população de pessoas idosas (17%). O aumento do número de diabéticos deve-se principalmente à obesidade, diminuição da atividade física e aumento da sobrevida da população. Além da sede excessiva (polidipsia), do excesso de urina (poliúria), da fome

(polifagia), do cansaço, fraqueza e perda de peso. Podem surgir com outros sinais como infecções freqüentes, dificuldade de cicatrização de lesões (feridas), formigamento, dormência, dor em mãos e pés e alterações na visão. Quando mal tratada, pode levar à cegueira, insuficiência renal, infecções, amputações e invalidez (TERRA, 2002).

O acidente vascular cerebral, também conhecido como derrame, é consequência do estilo de vida. O consumo de cigarros (tabagismo), ingestão de sal e álcool, pouca atividade física (sedentarismo), estresse constante e hipertensão arterial (presente em 70% dos casos) podem causar o acidente vascular cerebral. A diminuição ou perda da coordenação motora dificulta ou impede a alimentação e higiene bucal. A reabilitação do doente deve ser iniciada, o mais breve possível, por profissionais especializados (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogos, entre outros) uma vez que são seqüelas de difícil recuperação. As implicações psicológicas envolvidas na recuperação mental e física são decisivas para que as limitações não sejam permanentes na vida do indivíduo (FAJARDO *et al.*, 2003).

As doenças cardiovasculares são as maiores causadoras de morte em todo o mundo. A doença arterial coronariana é resultado do estreitamento da luz das artérias coronarianas e constitui a principal causa de morte na população em geral. Acima dos 60 anos, aproximadamente 40% de todos os óbitos têm como causa a doença coronariana. A hipertensão, o tabagismo, a dislipidemia (colesterol) e o diabetes são os principais fatores de risco, atuando de forma sinérgica (FAJARDO *et al.*, 2003). A aterosclerose e a hipertensão arterial sistêmica também constituem importantes doenças, que, se não levam à óbito, deixam seqüelas que mudam drasticamente a vida do indivíduo e de sua família (TERRA, 2002).

A endocardite infecciosa bacteriana é uma das doenças cardíacas de maior relevância no tratamento odontológico, sendo necessária a prescrição de antimicrobianos para prevenir bacteremias antes de procedimentos odontológicos que promovam sangramento da mucosa bucal (LIRA SILVA, 2001; RAPOSO *et al.*, 1998). Essa situação torna-se mais grave quando pensamos no paciente idoso, que muitas vezes é portador de doenças crônicas que aumentam o risco de desenvolvimento da endocardite infecciosa.

Entre as mulheres, é importante destacar a menopausa, que não é uma doença, é uma fase inevitável na vida das mulheres que chegam à terceira idade, caracterizada pela

paralisação definitiva das menstruações e marcada por uma série de transformações, tanto de natureza orgânica como funcional. Fora os sintomas desagradáveis, tais como os calores intermitentes e em ondas, irritabilidade, aumento da sensibilidade emocional, alterações de sono, secura das mucosas, entre outras; há as menos perceptíveis como um aumento da incidência do infarto do miocárdio e um aumento da perda de massa óssea que pode evoluir para a osteoporose. Uma depressão leve a moderada também é comum aparecer nas mulheres nessa situação. É importante uma dieta pobre em gorduras, mas rica em verduras; prática de exercícios físicos, evitando aumento excessivo do peso corporal, o que poderia aumentar o risco de doenças cardiovasculares (TERRA, 2002).

A gripe, infecção causada pelo vírus influenza, oferece uma alta morbidade e mortalidade aos idosos, especialmente em pacientes com doenças crônicas, como doenças pulmonares, cardíacas e diabetes. A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma das doenças que mais acomete o sistema respiratório e, neste caso, o primeiro aspecto primordial é o combate ao tabagismo (TERRA, 2002).

A obesidade é uma doença caracterizada pelo aumento do peso corporal; e também o aumento excessivo de massa adiposa corporal. Está associada a uma maior predisposição para as doenças como hipertensão, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, dislipidemias, apnéia do sono (KINA, 1996).

Um dos maiores problemas ao atender os pacientes idosos, é a implicação ativa dos fármacos ingeridos sobre o quadro bucal observado, como diminuição do fluxo salivar, sangramento gengival espontâneo e lesões bucais diversas (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2000, 2002).

Paunovich *et al.* (1997) citam ainda a cicatrização de tecidos moles alterada, hiperplasias gengivais, eritemas multiformes, reações liquenóides, estomatites, inchaço/dor nas glândulas salivares como algumas causas de uso de medicamentos. A interação entre fármacos e seus efeitos colaterais podem ser a razão para alterações bucais que a primeira vista pode parecer inexplicável.

Em nível menor de limitação, quando comparado aos aspectos mencionados anteriormente, os distúrbios auditivos e visuais mostram-se como interferência social, dificultando a comunicação, inclusive com os profissionais de saúde, modificando o dia-a-dia do idoso e limitando seu convívio social. Alguns idosos passam a ter dificuldades

em sua vida pessoal devido aos problemas de interação social causados pelo problema auditivo, sendo que a convivência com outros é de fundamental importância para o envelhecimento saudável (BERG; MORGENSTERN, 1997).

Quanto à saúde bucal, observa-se alta prevalência da perda dental, uso incorreto ou mesmo ausência de próteses, doenças periodontais, cárie dental, candidíase xerostomia (NIESSEN e FEDELE, 2002).

De acordo com Storer (1985) as alterações bucais contribuem diretamente para o comprometimento da qualidade de vida do paciente idoso, afetando seu bem-estar geral e causando dor, dificuldades mastigatórias e halitose, e até mesmo aumentando-se as taxas de morbidade e mortalidade.

5.4 - Cuidadores de idosos

Por causa do aumento progressivo da população idosa, o resgate do papel dos cuidadores é uma questão a ser pensada. Entretanto é necessário um preparo e aprendizado específico para exercer o papel de “cuidador”. Nem sempre o cuidador é um ente da família e introduzir pessoas externas ao contexto familiar implica em reconhecer valores de respeito e discricção (SCHOSLERR, 2008).

Há três tipos de cuidadores de idosos. No primeiro grupo estão os familiares que deixam suas atividades de lado para cuidar dos pais ou das avós. No segundo grupo, vem os profissionais que geralmente são da área da saúde. O terceiro grupo é dos leigos, que já possuem certa experiência e fazem curso de cuidador ou não.

Segundo Martins (2007, p. 255):

Os conhecimentos que fornecem subsídios para o cuidar do idoso e de seu cuidador familiar incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Considerando que ao cuidar do ser idoso e de seu cuidador não devemos focar nossas ações na patologia mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Respeitar a independência e propiciar a participação do sujeito

idosos e de seu cuidador familiar no processo de cuidado, portanto, pode favorecer a assistência qualificada.

Diante desse fato, vemos que o cuidar de um idoso no domicílio é uma tarefa estressante que produz modificações na vida do cuidador. O cuidado é delegado, geralmente, a uma pessoa que não possui apenas essa atividade. Este acúmulo de atividades resulta em esgotamento para o cuidador (SCHOSLERR, 2008).

No futuro, muitos idosos devem morar sozinhos ou com famílias cada vez mais nucleares, com poucos membros. O pouco preparo das famílias para assistirem as demandas específicas de cuidado as tornariam incapazes de exercer o papel de cuidador. Estes aspectos contribuem para que novas formas de atenção e cuidado devam ser buscadas para proporcionar atenção adequada aos idosos. (PAVARINI, 2005).

Segundo Sena (2008, p.233):

A intensa mobilização de profissionais do serviço social, da saúde, do governo, a sociedade civil organizada e outros, culminaram com a criação da Lei nº8. 842 de 1994, regulamentada em 1996, possibilitando a introdução de uma Política Nacional para o Idoso (PNI) que, entre suas diretrizes, estabelece que os idosos sejam atendidos, prioritariamente, pela própria família em detrimento da atenção asilar, exceto aqueles que não possam garantir sua sobrevivência. Em 2003, entrou em vigor, no Brasil, a Lei nº 10741, estabelecendo o estatuto do Idoso. Entre as disposições da Lei, o art.III responsabiliza a família, a comunidade, a sociedade e o poder público em assegurar á pessoa idosa a efetividade do direito á vida.

Gonçalves (2006, p.571) diz que:

Na maioria dos países, observa-se que ao longo da história o cuidado ao idoso é exercido por mulheres. Também em nosso meio as cuidadoras são, principalmente, as esposas, as filhas e as netas. Tal fato pode ser explicado pela tradição de no passado recente as mulheres não desempenharem funções fora de casa justificando sua maior disponibilidade para o cuidado da família. Contudo, essa realidade vem sendo modificada em função da inserção social da mulher participando

progressivamente do mercado de trabalho. Os estudos em nosso meio apontam que, geralmente, as cuidadoras residem com o idoso, são casadas e, por isso, somam as suas atividades domésticas próprias de mãe, esposa e avó, gerando um acúmulo de trabalho em casa e uma sobrecarga nos diversos domínios da vida da cuidadora, como: social, físico, emocional, espiritual, enfim, contribuindo para o auto descuido da própria saúde.

Após quase 10 anos da criação da Portaria Interministerial nº 5153 /99, que instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, os ministros da saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza promoveram um seminário para lançar o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Pessoas Idosas pela Rede de Escolas Técnicas em Saúde do SUS. É uma ação classificada como intersetorial, pois envolve também o Ministério do Trabalho e Emprego e a Secretaria Especial de Direitos Humanos.

Antes deste programa a formação de cuidadores era feita de maneira isolada e irregular “O cuidador não pode ser uma improvisação. É importante que haja uma sistematização das políticas no sentido de evitar agravos, hospitalizações e internações em unidades de longa permanência, ou seja, temos que aumentar o número de profissionais, mas de forma sistematizada.” afirmou Carlos Maia, coordenador da área de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (BRASIL, 1999).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população de idosos no Brasil é cerca de dois milhões de pessoas acima de 60 anos, o que representa 10,25% da população. De acordo com o ministro da saúde, quase quatro milhões de idosos dependem de algum tipo de cuidado (BRASIL, 2002).

O Guia Prático do Cuidador menciona que a função de cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo por ela somente o que não consiga fazer sozinha. Diz ainda que não esteja incluída na sua rotina técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas como na área de enfermagem por exemplo.

Estabelecem-se algumas atividades rotineiras do cuidador como: escutar, ser companheiro, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada, ajudar nos cuidados com a higiene, alimentação, locomoção, atividades físicas, estimular o lazer, realizar mudanças

de posição na cama e na cadeira, administrar medicamentos via oral conforme prescrição e comunicar sobre mudanças no estado de saúde e outras situações que forem necessárias para a melhor qualidade de vida da pessoa a ser cuidada (BRASIL 2007).

Segundo Maffioletti (2006, p.1086),

a intenção da proposta de preparação de cuidadores de idosos se inscreve no movimento social que busca criar uma nova mentalidade capaz de acolher a velhice, construindo para isso uma nova subjetividade na qual ela compareça de uma forma mais construtiva e qualificada.

Segundo a Classificação Brasileira de ocupações, o cuidador de idosos é conceituado como trabalhador doméstico, como a babá e a empregada doméstica. Sendo assim o que vale para a empregada doméstica vale para os cuidadores de idosos. A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2006) diz: “5162/10 Cuidador de Idosos: Acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucional, *gero-sitter*.”

Assim sendo o cuidador de idosos tem direitos trabalhistas assegurados pela constituição, como qualquer trabalhador: carteira de trabalho anotada devidamente; salário mínimo garantido por lei, 13º salário e férias de 30 dias; repouso semanal de preferência no domingo; licença gestante de 120 dias e estabilidade no emprego até cinco meses após o parto; aposentadoria; aviso prévio de 30 dias; auxílio doença pelo INSS; seguro desemprego; vale transporte; recolher juntamente com o empregador, o INSS; fundo de garantia opcional pelo empregador.

Os cursos de preparação para cuidadores de idosos se inserem na qualidade de facilitadores desta mudança do cuidar como atividade doméstica para uma atividade remunerada e pública. Essa qualificação profissional tem o objetivo de instrumentalizar os indivíduos para ingressarem no mercado de trabalho constituindo um novo profissional que leve em consideração a especificidade da velhice considerando as mudanças que o envelhecimento provoca ao organismo (MAFFIOLTTI, 2006).

O cuidador informal deveria ser visto como agente de saúde e receber orientações direcionadas para prestar cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce e específica sobre os cuidados com o idoso dependente que

envelhece na comunidade. O programa Saúde da Família pode ser uma estratégia eficiente para fazer face a esse desafio.

6- PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE CUIDADOS COM A HIGIENE ORAL PARA OS CUIDADORES DE IDOSOS

O desapontamento em ver os pacientes idosos, especialmente os dependentes, voltando com os mesmos problemas que já haviam sido resolvidos em consultas anteriores, foi o marco para a realização desta sugestão de protocolo.

Definir o que são estados de saúde ou doença bucal nos idosos constitui um desafio. Se o conceito de doença estiver meramente associado à presença de patologias, dor ou desconforto, então se pode considerar saudável um idoso com a ausência desses problemas/condições. A maioria deles assim se apresenta, devido à total falta de elementos dentários. Não apresentar elemento dental algum é, para muitos idosos, sinal de alívio, visto que a perda dentária é considerada solução para os momentos de sofrimento vividos quando possuíam dentes. Pensando nas próteses, que devem proporcionar benefício ao idoso, recuperando as funções mastigatórias e estéticas, ocasionam problemas caso não sejam adequadamente higienizadas.

A cavidade bucal, segundo Minmaz *et al.* (2009), é mais que um simples órgão, possuindo a missão biológica de sobrevivência física (alimentação), social (comunicação), autoestima (estética), e afetivos (beijos). Assim, a boca deve ser avaliada como porta de entrada e saída para a vida.

Par um indivíduo ter uma boa saúde bucal deve ser observado um quadro de ausência de dores orofaciais, mastigação adequada, facilidade de ingestão e digestão dos alimentos. A saúde bucal deve contribuir para a comunicação, nos atos de falar e sorrir, tendo o potencial de aumentar a auto-estima das pessoas e reduzir o número de doenças.

A promoção e manutenção da saúde bucal do idoso são desafios para a odontologia na próxima década. Ela não dependerá apenas da formação adequada de odontólogos capazes de entender as necessidades deste novo segmento, mas sim de cuidadores de idosos dependentes bem informados, cuja importante tarefa será a de oferecer a atenção permanente necessária.

Os cuidadores de idosos são pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, podendo ser algum familiar: filho, sobrinho, neto, amigo, o chamado “cuidador

informal” ou pessoas que, embora não tenham vínculo com o idoso, são contratadas para esse trabalho, o “cuidador formal” (GONÇALVES, 2002).

Sabe-se que a saúde bucal é relegada a um plano secundário em idosos, especialmente os dependentes. Pucca Júnior (2000) salienta que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos e tem sido relegada ao completo esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. Ele ainda relata, em suas pesquisas, que a perda total dos dentes é aceita pela sociedade e pelos cirurgiões-dentistas como algo normal e natural com o avançar da idade, levando a uma falsa concepção do processo de envelhecimento. Vale salientar que esse processo, por si só, não traz doenças, estas podem ou não ocorrer.

Deverá ser mudado o conceito de que é natural que pessoas idosas não tenham dentes, ou de que eles não se queixam de dor ou desconforto provenientes de seus dentes ou dentaduras porque pensam que isto é decorrente do processo de envelhecimento.

Na boca da pessoa idosa acontecem mudanças que requerem cuidados contínuos, que podem ser simples ou mais complexos, e mesmo que a saúde bucal do idoso tenha sido negligenciada, há necessidade de melhorar a situação atual para prevenir futuros problemas.

Uma boa saúde bucal é essencial em qualquer idade, mas na terceira idade, com o declínio orgânico agravado pelas doenças crônicas, ela é primordial, pois evita complicações dos problemas sistêmicos melhora as condições de saúde geral, o bem estar, a auto-estima e para o idoso muitas vezes pode significar a reintegração deste na sociedade e também no mercado de trabalho (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Os idosos apresentam alterações nas barreiras de defesa das mucosas, tornando-os mais suscetíveis à colonização da orofaringe por *Staphylococcus aureus* e outros patógenos gram negativos aeróbicos como *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*.

Uma saúde bucal insatisfatória pode ser fator de risco importante para infecções do trato respiratório inferior, especialmente nos grupos de risco como pós-acidente vascular cerebral, ou em pacientes dependentes, pois ocorre, na maioria das vezes, a aspiração do conteúdo bacteriano bucal normalmente aumentado através da faringe. No caso dos idosos dependentes existe o fato dos mesmos não conseguirem manter suas próteses suficientemente limpas e, devido à constante deglutição ou aspiração dos

microorganismos da placa bacteriana aderida à prótese, podem ocorrer infecções inesperadas, já que a prótese funciona como potente reservatório de patógenos respiratórios (SUMI *et al.*, 2002)

O acúmulo de patógenos bucais associados à doença periodontal pode aumentar o risco de infecções do trato respiratório em indivíduos susceptíveis. Quanto mais grave o problema periodontal, maior é a prevalência de função pulmonar diminuída, pois a exacerbação é ocasionada por infecção bacteriana particularmente do *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e da *Moraxella catarrhalis* (SCANNAPIECO, 2001).

Em um estudo sobre o cuidado bucal diário e a sensibilidade do reflexo de tosse em idosos institucionalizados, Watando *et al.*(2004), relataram que o reflexo de tosse afetado é um fator crucial para o desenvolvimento de pneumonias e é bastante comum nos pacientes que fizeram transplante cardiopulmonar, com Mal de Parkinson avançado, dentre outras condições clínicas. Foi desenvolvido um protocolo de higienização realizado por cuidadores e testado em um grupo durante um mês. Constou de escovação dentária sem dentifrício por aproximadamente cinco minutos após cada refeição, incluindo a escovação do palato, da mucosa inferior e do dorso da língua. As próteses, quando existentes, foram higienizadas pelos cuidadores, sendo utilizados produtos específicos para a limpeza das próteses uma vez por semana. Ficou demonstrado nesse estudo que o cuidado bucal diminuiu o reflexo de tosse dos pacientes.

As próteses superiores são mantidas um pouco mais limpas nas superfícies internas e externas do que as próteses inferiores. As superiores são mais fáceis de segurar-se nas mãos e têm menos curvaturas do que as inferiores. Para os pacientes geriátricos, muitas vezes com a coordenação motora afetada, estes fatores são limitações adicionais na limpeza de suas próprias próteses. Existe uma rejeição por parte dos cuidadores e até mesmo dos parentes no que diz respeito à limpeza bucal e das próteses dos pacientes dependentes, por isso, deve-se realizar intervenções constantes, sobre a importância de uma higienização bucal apropriada para os familiares e cuidadores (PIETROKOVSKI *et al.*, 1995).

A eficiência de um protocolo de higienização depende do conhecimento sobre meios de limpeza bucais disponíveis e indicados. Para isso, os cuidadores dos pacientes, e

toda a equipe devem ser informados a respeito da necessidade e dos benefícios que a escovação dentária após cada refeição e, se esta não for possível, bochechos ou limpeza da cavidade poderão proporcionar ao idoso dependente.

Nos portadores de próteses, recomendam-se diariamente bochechos ou aplicação tópica de antifúngico para controle da candidíase. Devem-se remover as próteses durante a noite, deixando-as imersas em um copo com solução de clorexidina que deve ser trocada diariamente. Semanalmente, podem-se utilizar soluções de limpeza própria para próteses (como as pastilhas efervescentes).

A limpeza do dorso da língua deve ser executada com limpadores plásticos específicos ou com uma espátula envolvida numa gaze após as refeições, pois ajuda na recuperação da capacidade gustativa dos pacientes, gerando maior adesão a uma dieta balanceada e, em pacientes intubados, preconiza-se a remoção da crosta que se forma na cavidade bucal com uma haste de algodão ou gaze embebida em solução bactericida diariamente, bem como umedecer suas mucosas e lábios constantemente

Quando se trata de alterações bucais decorrentes do envelhecimento, não se pode deixar de citar a diminuição da capacidade gustatória, decorrente de uma diminuição no número de papilas gustativas (cerca de 80% a menos do que na idade adulta). Os dentes adquirem coloração mais escurecida, e, por vezes, podem apresentar-se desgastados devido ao uso de dentifrícios contendo agentes abrasivos. O periodonto tende a ficar mais frágil, sofrendo reabsorções, com conseqüente migração apical da gengiva, expondo as raízes dentais. O idoso costuma queixar-se de “ardência”, “queimação” ou mesmo de dores na mucosa bucal. Este fato pode estar ligado diretamente à diminuição do fluxo salivar (xerostomia), também inerente ao envelhecimento que, por sua vez, pode ser acentuada pelo uso de medicamentos. Este desconforto ainda pode estar sendo provocado por próteses totais ou parciais, dentes fraturados, ingestão de alimentos com arestas cortantes, entre outros fatores (BRUNETTI, 2002).

Assim, as estruturas bucais (gengiva, língua e mucosa da boca), dentes naturais e próteses deverão ser examinados regularmente. Os cuidadores de idosos devem ser observadores e entenderem que os problemas que se apresentam, se forem ignorados, podem levar à dor ou complicações mais sérias.

Muitas vezes o idoso não consegue explicar o que esta incomodando na cavidade oral. Por isso é muito importante que os cuidadores observem alguns dos sinais como dificuldade para comer, não sorrir e falar pouco. Estas situações podem ter como causa a dor nos dentes naturais com alimentos ou bebidas frias ou quentes por raízes expostas, feridas na língua ou em outra região da boca, abscessos e próteses que machucam ou não estão bem adaptadas.

Se existir um sangramento leve, com uma boa escovação e pastas adequadas que removam a placa bacteriana, poderá ser obtida uma melhora, mas se isso não ocorrer em duas ou três semanas, o dentista deverá ser consultado.

Uma das causas de perda de dentes em idoso é a doença periodontal. Acontece devido ao acúmulo de placa bacteriana e cálculo (tártaro) ao redor dos dentes. É um processo indolor e o único sinal é o sangramento durante a escovação. Instintivamente a pessoa deixa de escovar a região, piorando ainda mais a situação. Como consequência o dente perde sua inserção óssea e fica com mobilidade. Se não forem tomadas as medidas necessárias o dente será perdido. A escovação correta e contínua evita este tipo de problema.

A candidíase é causada por fungos e aparecem como placas irregulares e que podem cobrir boa parte da boca. Pode aparecer sob a forma de placas ou atrofia eritematosas, sem ter o aspecto típico de “leite coalhado”. Nestes casos a pseudomembrana esbranquiçada não se faz. Podem ser causadas pela baixa resistência do paciente, ou pela higiene deficiente das próteses, que deverão se muito bem escovadas.

As raízes dentárias expostas podem ser locais muito sensíveis ao frio e ao ácido principalmente. Poderá ser usado flúor na forma de bochecho diário a 0,05%, aplicação tópica com verniz fluoretado de boa qualidade ou ainda de flúor acidulado que usamos para crianças (que têm um baixo custo). Pastas especiais podem também ser usadas.

Feridas ou úlceras de longa duração podem ser causadas por dentes fraturados, dentaduras com bordas afiadas ou quebradas. O dentista deverá ser consultado e ele eliminará os agentes que estão traumatizando a boca dos pacientes, se forem responsáveis pelas feridas.

As alterações na mucosa bucal como feridas que não cicatrizam, lesões brancas, lesões vermelhas e outros achados diferentes, deverão ser examinadas pelo dentista, para diagnóstico e tratamento adequado.

Especiais cuidados devem ser tomados visando prevenir o desenvolvimento do câncer de boca. Traumatismos progressivos em pessoas que foram fumantes ou alcoólatras aumentam muito a chance de desenvolverem Câncer de Boca. O diagnóstico prematuro é de essencial importância para uma maior sobrevida. O exame oral das estruturas como mucosa jugal, língua, palato, gengiva, lábios, a verificação de nódulos na região externa da face e do pescoço, a observação do aparecimento de manchas brancas ou vermelhas, de feridas que não cicatrizam deve ser uma rotina ao menos semestral do cuidador.

A xerostomia, geralmente é causada por medicamentos, como anti-hipertensivos, tranqüilizantes, e outros, que podem inibir a secreção das glândulas salivares. Como conseqüências desagradáveis ocorrerão dificuldades para mastigar e engolir perda do paladar e maior probabilidade de desenvolver feridas. No caso do paciente haver sido submetido à radioterapia de cabeça e pescoço ocorre em geral o comprometimento das glândulas salivares, que deixam de funcionar. Pacientes com pouca saliva têm propensão para apresentar cáries de colo dentário, que terminam em geral por “guilhotinar” o dente. Para prevenir este tipo de cárie recomenda-se o uso do flúor gel, na forma de escovação ou aplicação tópica. Saliva artificial ou medicamento é indicado quando o paciente apresentar queixas relativas à boca seca. O aumento na salivagem pode ser conseqüência de algumas doenças com, por exemplo, o Parkinson, ou por dentaduras com dimensão vertical muito curta.

Os cuidados com as próteses (pontes e dentaduras) devem ser observados com muita cautela. É necessário limpar as próteses diariamente com uma escova mais dura com pasta dental ou sabão neutro (sabão de coco). Antes da limpeza colocar água na pia em quantidade suficiente, e segurar a prótese bem próximo da água, assim, se ela cair, não quebrará.

Antes de recolocar as próteses na boca, escovar com escova macia a gengiva, palato e língua, removendo assim a placa e restos de alimentos da boca. Isto contribuirá

para manter uma boa saúde bucal. Se for necessário o uso de pós fixadores, estes devem ser retirados e raspados para cada nova aplicação.

Na presença da dentição natural, a razão principal para executar a escovação regular é a remoção da placa bacteriana, que se não for removida poderá causar cáries e doença periodontal, o que poderá levar a perda do dente. Às vezes, a escovação diária poderá tornar-se difícil porque o paciente acha cansativo e não quer fazer o esforço. É ideal que o idoso tenha uma escova macia e de cabeça pequena para os dentes naturais e outra mais dura e maior para as próteses.

Escovar os dentes dos outros não é tarefa fácil, mas os cuidadores deverão ser muito delicados e cuidadosos, e no começo deverão ser treinados e supervisionados pelo dentista ou higiene dental.

Se os pacientes são manejados de maneira inadequada poderá ser doloroso e causar traumas que significará um retrocesso no intuito de ganhar sua confiança. O desejo do paciente de cooperar é essencial, mas isso requer, tempo, sensibilidade e habilidade. Problemas deverão ser prevenidos com técnicas, escovas e pastas dentais adequadas para garantir uma boa higiene da boca, gengivas, dentes naturais e próteses.

O cuidado com a saúde oral depende de uma organização adequada, e para que isso se concretize é necessário que o cuidador de idosos receba informações, seja treinado e supervisionado pelo profissional responsável, dentista, da equipe de saúde da família nos grupos de cuidadores, quando será possível esclarecer dúvidas, planejar visitas domiciliares e receber novas informações a respeito deste cuidado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescimento da população idosa no país, de acordo com os dados oficiais, fica claro a necessidade de entender o processo de envelhecimento e assimilar a necessidade de uma atenção específica a esta parcela da população. A dependência no envelhecimento deve ser abordada por intermédio de programas que incluam desde estratégias de promoção da saúde até o estabelecimento de redes de apoio a cuidados dos idosos dependentes.

Os temas destacados para esta análise foram: o envelhecimento; o idoso no cenário nacional; saúde oral; idoso e o cuidador do idoso. A análise é feita a partir de autores que desenvolveram estudos sobre envelhecimento, dependência, políticas públicas e recursos comunitários disponíveis para a atenção à saúde do idoso, gerontologia, saúde oral, cuidadores de idosos dependentes. Por meio da análise dos dados bibliográficos até aqui apresentados, fica explícito que o dever do cuidado do idoso dependente é de responsabilidade de três agentes principais: a Família, Sociedade e o Estado.

A cavidade bucal é parte de entrada e saída para a vida. Possui função estética, social, afetiva e integra o sistema digestivo. Quase sempre é considerada de pouca importância para os idosos, devendo então o cuidador, estimular e zelar para uma saúde bucal satisfatória pois assim, se evita complicações sistêmicas como por exemplo infecções no trato respiratório inferior.

Este trabalho vem propor um protocolo para a capacitação de cuidadores informais de idosos, nos grupos que acontecem regularmente na ESF onde atuo, possibilitando assim, que estes sejam sensibilizados da necessidade de uma rotina de higiene oral e de próteses, dos idosos dependentes e também uma rotina de observação da cavidade oral e estruturas adjacentes para prevenir ou diagnosticar precocemente o câncer bucal.

Os cuidados com a cavidade oral do idoso devem fazer parte da rotina, devendo o cuidador:

1. Examinar periodicamente as estruturas orais observando se existe alguma ferida, aftas, manchas brancas ou vermelhas e sangramento;
2. Observar sinais de desconforto como por exemplo dificuldade para alimentar, falar e sorrir;

3. Escovação dentária, bochechos ou limpeza da cavidade após cada refeição;
4. Limpar a língua após cada refeição;
5. Para os protadores de prótese, recomenda-se o uso diário de antifúngico, para se evitar candidíase, remover as próteses durante a noite deixando-as em uma solução de clorexidina e higienizá-las após cada refeição.

O cuidador informal de idosos dependentes deve ter bem claro a necessidade de todos esses cuidados diários e a necessidade de informar o profissional dentista caso note qualquer alteração da normalidade esperada.

Como profissionais da saúde e buscando colaborar com a construção de um programa eficiente na promoção e manutenção da saúde, temos o dever de dividir nosso conhecimento em grupos e individualmente buscando assim melhorar a qualidade de vida da população idosa dependente.

REFERÊNCIAS

1. AYARS, G. H.; Altman, L. C.; Fretwell, M. D. Effect of decreased salivation and pH on the adherence of Klebsiella species to human buccal epithelial cells. **Infect Immun**, v.38, p.179-182, 1982.
2. BALTES, M. M. e SILVERBERG, S. (1995). **A dinâmica dependência - autonomia no curso de vida**. Em A. L. Neri (Org.), Psicologia do envelhecimento (pp.73-110).
3. BENATTI, F. G. **Estudo da participação odontológica como meio auxiliar efetivo no tratamento de pacientes idosos com doenças respiratórias**. 2006. 50f. Dissertação (Especialização em Odontogeriatrics) – Associação Brasileira de Ensino Odontológico, São Paulo.
4. BERG, R.; MORGENSTERN, N. E. Physiologic changes in the elderly. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 651-668, Oct. 1997.
5. BIBLIOMED, Inc. Pneumonia no idoso. Disponível em: www.boasaude.uol.com.br [2011 July 10].
6. BIRREN, J. E., 1998. A psychological perspective on the challenges of an aging society. In: Aging Populations: The Challenge of an Aging Society, **Proceedings**, p. 357, Salzburg: Draft.
7. BRASIL, Ministério da Saúde, **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa- Caderno de Atenção Básica**, 2007. Vol19. p: 43-47
8. BRUNETTI, R. F., MONTENEGRO, L. F. B. **Odontogeriatrics: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.481p.
9. BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. Odontogeriatrics: prepare-se para o novo milênio. In: FELLER, C.; GORAB, R. **Atualização na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. V. 1, cap. 15, p.471-487.
10. CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública** 2003; 19 (3): 733-781.
11. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**. 1997; 31:184-200.
12. CONH, J. L.; FULTON, J. S. Nursing staff perspectives on oral care for neuroscience patients. **J Neurosci Nurs**, v.38, p.22-30, 2006.

13. COSTA, E. C., Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta paul enferm** 2006; 19 (1):43-48.
14. DOLANT, R. A. Is Dental Education in step with current geriatric health promotion initiatives. **J. Dent. Educ.**, v56, p.632-5, 1992.
15. FAJARDO, R. S.; WAYHS, R.; RODRIGUES, A. P.; OLIVEIRA, S.; SILVA, E. M. M.; ZAVANELLI, A. C. **Apostila Sábio e Saudável: uma nova visão da 3ª idade.** Araçatuba: FAPESP, 2003. 91p.
16. GARIBALDI, R. A.; Brobine, S.; Matsumiya, S. Infections among patients in nursing homes. **The New England J Med**, v.305, p.731-5, 1981.
17. GOMES, L. Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na Comunidade. Disponível em: URL: www.scielo.br/scielo (2011Sept 28).
18. GONÇALVES, L. H. T. *et al.* Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural. **Texto Contexto Enfermagem**, 2006 out/dez, vol15, nº4, p.570-7.
19. GRIMLEY-EVANS, J. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. **J Chronic Dis** 1984; 37:353-63.
20. GURALNIK, J. M., LACROIX, A. Z. Assessing physical function in older populations. In: Wallace RB, Woolson RF, IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1993. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação.
21. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. **Dados sobre População do Brasil**, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001. 27 Julho 2002 <<http://www.ibge.gov.br>>.
22. JITOMIRSKI, S.; JITOMIRSKI, F. **Odontogeriatrics: A Odontologia do Futuro.** DENS. Fase II, 2(1): 4-9, jan/jul 87
23. JITOMIRSKI, S. JITOMIRSKI, F. **Sorriso não tem idade.** Informativo Maioridade. Progr. Estadual dos Idosos, set. 96 p.4
24. KINA, S. *et al.* O ensino da Estomatogeriatrics no Brasil. **Ver. Odontol. Univ. S.P.**, 10(II): 69-73, jan/mar 96
25. KINA, S.; BRENNER, A. Estomatogeriatrics. **Jornal da Sociedade Brasileira de Geriatrics e Geriatrics e Gerontologia /Seção Paraná.** Nov. 1996 p. 4

26. KATZ S., FORD A. B., MOSKOWITZ R. W., JACKSON B. A., JAFFE M. W. Studies of illness in the aged. **The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function.** JAMA. 1963 Sep 21; 185:914–919.
27. KARSCH, U. (org.), 1998. **Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores.** São Paulo: EDUC.
28. LA ROCCA, C. D.; JAHNIGEN, D. W. Medical history and risk assessment. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 41, n.4, p. 669-679, Oct. 1997.
29. LIRA, R. B.; SILVA, S. C. Avaliação clínica da doença periodontal em pacientes com endocardite infecciosa. **Rev. Periodontia – SOBRAPE**, v. 11, p. 31-35, 2001
30. LOEB, M. B.; BECKER, M.; EADY, A.; WALKER-DILKS, C. Interventions to prevent aspiration in older adults: a systematic review. **J Am Geriatr Soc**, v. 51, p.1018-1022, 2003.
31. MAFFIOLETTI, V. L. R. *et al.* Os Sentidos e destinos do cuidar na preparação dos Cuidadores de idosos, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2006 ou/dez, vol11,nº4,p.1085-92.
32. MAMUN, K.; LIM, J. Role of nasogastric tube in preventing aspiration pneumonia in patients with dysphagia. **Singapore Med J**, v.46, p.627-631, 2005
33. MSAND, M.; JANSSEN, J. P.; AWCKENTHALER, R. *et al.* Bronchopneumonia and oral health in hospitalized older patients. a pilot study. **Gerodontol**, v.19, p.66-72, 2002.
34. PALMER, L.B.; ALBULAK, K.; FIELDS. S. Oral clearance and pathogenic oropharyngeal colonization in the elderly. **Am J. Resoir Crit Care Med**, v.164, p.464-8, 2001.
35. PAPIRUS; 1995 (Neri AL. Palavras- chave em gerontologia Campinas: Alínea: 2001)
36. PAUNOVICH, E. D.; SADOWSKY, J. M.; CARTER, P. The most frequently prescribed medications in the enderly and their impact on dental treatment. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 699-726, Oct. 1997.
37. PAVARINI S. C. I. **Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
38. PAVARANI, S. C. O. *et al.* A Arte de Cuidar do Idoso: Gerontologia como Profissão? **Texto Contexto Enfermagem**. Set2005, vol14, nº3, p.570-7.
39. PERFIL DE CUIDADORES DE IDOSOS E PERCEPÇÃO. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.21, p.39-50, jan/abr 2007 4 5

40. PIETROKOVSKI, J.; AZUELOS, J.; TAU, S.; MOSTAVOY, R. Oral findings in elderly nursing home residents in selected countries: oral hygiene conditions and plaque accumulation on denture surfaces. **J Prosthet Dent**, v.73, p.136-141, 1995.
41. PINTO, V. G. **Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva**, 1994. Ed. Santos, 416 p.
42. RAMOS, L. R., ROSA, T. E. C., OLIVEIRA, Z. M., MEDINA, M. C. G., SANTOS, F. R.G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública** 1993; 27:87-94.
43. RAPOSO, M. J.; MELO JÚNIOR, E. J. M.; RIBEIRO, R. T. J.; CARVALHO FILHO, S.; FERREIRA, M. F. Endocardite infecciosa provocada por manipulação odontológica. **JBC j. bras. odontol. clin.**, Curitiba, v. 2, n. 9, p. 77-80, maio/jun. 1998.
44. RELATIVES ASSOCIATION. **Atendimento odontológico para os idosos nos lares**.1995,22p
45. REZENDE, T. O. **Cuidados bucais em pacientes idosos hospitalizados pela equipe de enfermagem**. 2005. 185p. Dissertação (Especialização). - Associação Brasileira de Ensino Odontológico, São Paulo.
46. SCANNAPIECO, F. A.; HO, W. Possíveis associações entre a doença respiratória crônica: análise do National Health and Nutrition Pesquisa III. **J Periodontol**, v.72, p.50-6, 2001.
47. SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T., Vivências familiares de pessoas idosas com doença de Alzheimer, Perspectiva da Filosofia de Merleau-Ponty. **Texto Contexto Enfermagem** 2008 abr/jun, vol 17, nº2. p.232-240
48. SPECTOR W. D. Funcional disability scales. In: SPILKER B., editor. **Quality of life assessments in clinical trials**. New York: Raven Press; 1990. p. 115-29.)
49. SUMI, Y.; KAGAMI, H.; OHTSUKA, Y. *et al.* High correlation between the bacterial species in denture plaque and pharyngeal microflora. **Gerodontol**, v. 20, p.84-7, 2002.
50. TERPENNING, M. S.; TAYLOR, G. W.; LOPATIN, D.E. *et al.* Aspiration pneumonia:dental and oral risk factors in an older veteran population. **J Am Geriatr Soc**, v.49, p.557-563, 2001.
51. TERRA, N. L. **Envelhecendo com qualidade de vida: Programa Geron da PUCRS**. 2. reimp. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 203p.
52. TEIXEIRA, M. J., PIMENTA, C. A. M. Introdução. In: TEIXEIRA, M. J., CÔRREA, C. F., PIMENTA, C. A.M., organizadores. **Dor: conceitos gerais**. São Paulo: Editora Limay; 1994. p. 3-6.

53. TOMMASI. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. Artes Médicas. 1982, 575 p.
54. VALKENBURG, H. A. **Considerações epidemiológicas da população geriátrica.** **gerontologia** 1988; 34 Suppl 1:2-10.
55. WATANDO, A.; EBIHARA, S.; EBIHARA, T. *et al.* Daily oral care and cough reflex sensitivity in elderly nursing home patients. **Chest**, v.126, p.1066-1070, 2004.