

Saúde bucal atenção ao idoso

Andréa Maria Duarte Vargas
Mara Vasconcelos
Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Saúde bucal atenção ao idoso

Andréa Maria Duarte Vargas
Mara Vasconcelos
Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2011

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed – <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gomes

Pró-Reitoria de Extensão
Pró-Reitor: João Antônio de Paula

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)
Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

Unidades acadêmicas participantes

Escola de Enfermagem
Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Faculdade de Educação
Diretora: Samira Zaidan

Faculdade de Medicina
Diretor: Francisco José Penna

Faculdade de Odontologia
Diretor: Evandro Neves Abdo

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação

Adriana Januário

V297s Vargas, Andréa Maria Duarte
Saúde Bucal: atenção ao idoso / Andréa Maria Vargas, Mara Vasconcelos e Marco Túlio de Freitas Ribeiro. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

76p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia de Saúde da Família.

ISBN: 978-85-60914-18-0

1. Saúde bucal. 2. Saúde do idoso. 3. Atenção primária à saúde. I. Vasconcelos, Mara II. Ribeiro, Marco Túlio de Freitas. III. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (NESCON). IV. Título.

NLM: WU 490

CDU: 616.31

Sumário

Apresentação dos autores	07
Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família.....	08
Apresentação da Unidade Didática II	09
Introdução ao módulo	11
Seção 1- A estratégia Saúde da Família	15
Parte 1 A estratégia Saúde da Família: a inserção da Saúde Bucal	17
Seção 2 - Políticas públicas de atenção ao idoso.....	19
Parte 1 Política Nacional do Idoso	22
Parte 2 Política Nacional de Saúde do Idoso.....	24
Parte 3 Estatuto do Idoso	25
Parte 4 Política Nacional de Saúde Bucal	26
Seção 3 - Dados demográficos e epidemiológicos	27
Parte 1 Dados demográficos do idoso na população mundial	29
Parte 2 Dados demográficos e epidemiológicos do idoso na população do Brasil	30
Seção 4 - Avaliação funcional do idoso	37
Parte 1 Avaliação das atividades da vida diária	39
Parte 2 Avaliação das atividades diárias de higiene bucal.....	40
Seção 5 - Determinantes e condicionantes de saúde bucal do idoso.....	45
Parte 1 Condicionantes e determinantes sociais	47
Parte 2 Determinantes biológicos.....	51

Seção 6 - Planejamento em saúde bucal	54
Parte 1 Planejamento da atenção à saúde bucal do idoso	56
Parte 2 Planejamento das ações de promoção de saúde	60
Parte 3 Planejamento da atenção às necessidades de saúde bucal do idoso	63
Considerações finais.....	69
Referências	71
Apêndice	77
Anexos	82

Apresentação dos autores

Andréa Maria Duarte Vargas

Cirurgiã-dentista. Professora associada do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Epidemiologia pela Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais.

Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Cirurgião-dentista. Especialista em Gerontologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Especialista em Odontogeriatría pelo Conselho Federal de Odontologia. Doutor e Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Mara Vasconcelos

Cirurgiã-dentista. Professora associada do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense. Membro da equipe de Coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais.

Apresentação do Programa Ágora

Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta

e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas, consulte:

Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora
Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Ao iniciarmos o estudo da saúde bucal do idoso, duas questões devem nortear nossa reflexão:

a. Por que saúde bucal do idoso?

A inclusão da saúde bucal do idoso como objeto de estudo justifica-se pelo aumento da população com mais de 60 anos ser um fenômeno global, em alguns países com mais expressão do que outros. A transição demográfica que a sociedade brasileira vem passando, com significativa redução da taxa de fecundidade, da mortalidade geral acarretando mudanças na estrutura da população e expressivo aumento da população idosa, ou seja, acima de 60 anos de idade que resulta em modificações do perfil epidemiológico e das características socioeconômicas da população em geral.

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerada uma conquista na medida em que o acréscimo de anos seja com qualidade de vida. A histórica exclusão da saúde bucal do idoso e a percepção de saúde bucal como um dos fortes componentes da qualidade de vida e autoestima para essa população levam-nos a priorizar ações a serem realizadas para esse grupo. Sabe-se que a saúde bucal do idoso sempre ficou alijada das políticas de promoção e prevenção. As ações para esse grupo etário sempre foram dirigidas para as medidas curativas dentro dos espaços fechados dos consultórios.

A saúde bucal do idoso requer dos profissionais da atenção primária à saúde a compreensão das especificidades do processo do envelhecimento para garantir atenção qualificada que proporcione o envolvimento da família e a interação multiprofissional, para possibilitar o caminhar do idoso na rede de atenção à saúde bucal do município e das suas referências pactuadas.

b. Por que saúde bucal dos idosos na estratégia de Saúde da Família?

A saúde do idoso foi incluída recentemente como uma das prioridades

da agenda de saúde do País, através da promulgação da política nacional de saúde da pessoa idosa, a qual tem como um de seus objetivos no âmbito do SUS, a atenção integral à saúde do idoso. Assim, a busca por uma boa condição de saúde bucal do segmento etário idoso, enquanto componente indissociável da saúde deve constituir um dos compromissos da ESF.

O modelo assistencial em saúde bucal durante muitos anos priorizou a atenção aos escolares por intermédio do sistema incremental. Nesse modelo, adultos e idosos tiveram suas necessidades atendidas, principalmente nos serviços de emergência. Urge, portanto pensar a saúde bucal do idoso dentro de um modelo assistencial que enfatize a integralidade da atenção, o envelhecimento ativo e tenha como eixo orientador a capacidade funcional.

O grande programa nacional em desenvolvimento no país baseia-se na estratégia de Saúde da Família, partindo da superação de um programa de alta demanda e da atenção individual para ações em uma base territorial com uma população adscrita, perfil epidemiológico na organização do serviço e em ações efetivas. Implementado inicialmente apenas com a participação do médico e do enfermeiro, porém em 2000 a saúde bucal incorpora a equipe de Saúde da Família. Essa estratégia exige do profissional da Odontologia relevante papel no cuidado coletivo e individual. Outros profissionais cada vez mais participam na produção de ações mais resolutivas – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, ao atender às necessidades de saúde da população, – no nosso caso a saúde bucal e a saúde bucal do idoso -, há de acontecer superação do trabalho isolado profissional para o trabalho de equipe, interprofissional e coletivo.

A implantação da estratégia de saúde da família e da equipe de saúde bucal trouxe a necessidade de se repensar o acesso da população idosa aos serviços de saúde. Posteriormente, a divulgação dos dados do levantamento epidemiológico nacional, realizado em 2003, retratou a condição de saúde bucal desse grupo etário, mostrando a trajetória de exclusão dos idosos nos programas odontológicos. Dentro do atual contexto de envelhecimento da população e frente aos indicadores odontológicos de saúde bucal deste grupo etário provenientes dos levantamentos nacionais de saúde bucal (SB BRASIL 2003 e 2010), faz-se mister pensar no modelo de assistência à saúde bucal da pessoa idosa, considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, como a promoção do envelhecimento ativo, a manutenção e melhoria da capacidade funcional,

prevenção de doenças, recuperação daqueles que adoecem e reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida.

O processo de transição demográfica, que tem resultado no marcante fenômeno de envelhecimento populacional, traz consigo consequências para a área de saúde, pois gera importante transição epidemiológica. Entre essas consequências, já tem sido amplamente citado o fato de essa transição resultar em aumento de agravos à saúde de longa duração, como as doenças crônicas não transmissíveis. Pouco se fala em relação à precariedade das condições de saúde bucal dos idosos, apesar de dados do Projeto SB Brasil 2003 e 2010, – inquérito de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2003 e 2010 –, indicarem alta taxa de edentulismo. Talvez porque a perda de dentes ainda é vista pela sociedade brasileira como uma consequência normal do envelhecimento e não como resultado de falta de acesso às ações preventivas e de promoção da saúde.

Para saber mais...

Conheça a Política Nacional de Saúde Bucal e os dados do SBRSIL 2010 consultando o site: www.saude.gov.br/bucal



Na perspectiva de resgatar o cuidado integral ao idoso, e tendo como eixo orientador a capacidade funcional, procuramos neste módulo, direcionar o seu olhar para as possibilidades de intervenção junto a esse grupo populacional, dando ênfase à saúde bucal. Esperamos que o estudo deste módulo permita que você conheça ainda mais os idosos da área de abrangência de sua equipe e de seu município e contribua com o planejamento e a organização de ações voltadas para as necessidades apresentadas por eles.

Espera-se que ao término deste módulo você seja capaz de:

- Analisar as condições de saúde bucal do idoso da área de abrangência de sua equipe ou de seu município.
- Debater as políticas públicas nacionais e locais do idoso e da saúde bucal.
- Identificar os problemas mais comuns de saúde bucal dos idosos da

sua comunidade.

- Realizar estudos epidemiológicos que tenham esse grupo etário como foco.
- Sistematizar as informações sobre as condições de saúde bucal do idoso.
- Propor a organização das intervenções para a saúde bucal do idoso.

Tendo como referência os objetivos propostos, este módulo é composto de cinco seções e seus respectivos conteúdos, conforme apresentamos a seguir.

Na seção 1, vamos explicar o que é a estratégia Saúde da Família e a inserção da saúde bucal junto às equipes de Saúde da Família, bem como as modalidades de equipes de Saúde Bucal preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Na seção 2, abordaremos a políticas públicas de atenção ao idoso, considerando as diretrizes políticas nacionais e os documentos oficiais existentes.

Na seção 3, vamos discutir os aspectos epidemiológicos, considerando a situação do idoso no contexto das populações mundial e brasileira.

Na seção 4, vamos ver os parâmetros para a avaliação funcional do idoso, seja em relação às atividades da vida diária ou às atividades diárias de higiene bucal.

Na seção 5, estudaremos os determinantes sociais e biológicos da saúde bucal do idoso e, na seção 6, vamos desenvolver o planejamento em saúde bucal.

Ao final deste módulo apresentaremos alguns aspectos, à guisa de conclusão do módulo, e, após as referências, um apêndice com sugestão de ficha clínica para o atendimento odontológico e, no anexo, a classificação das lesões cancerizáveis e câncer de boca.

É importante que você leia os textos e realize todas as atividades propostas.

Boa sorte!

Seção 1

A estratégia Saúde da Família

Nesta seção vamos abordar a inserção da equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, bem como as modalidades das equipes.

Como esta seção é comum aos três módulos relativos à Odontologia, se você já teve oportunidade de estudá-lo em outro módulo, reveja-o, em leitura dinâmica.

Ao término desta seção espera-se que você seja capaz de:

Compreender a inserção da política nacional da atenção básica em saúde;

Compreender a inserção da saúde bucal na equipe de saúde da família.

Parte 1

A estratégia Saúde da Família: a inserção da Saúde Bucal

As lutas dos trabalhadores da saúde e dos usuários por um modelo assistencial digno e justo para os brasileiros possibilitaram ao Ministério da Saúde estabelecer a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do atual modelo assistencial e, desta forma, reorientar suas estratégias para o Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família foi definida como o eixo reorientador do sistema, pelo entendimento de que a complexidade do cuidado da saúde humana demanda trabalho em equipe e que o indivíduo não pode ser visto como elemento isolado do contexto familiar e comunitário.

Essa mudança de lógica promove a aproximação entre as equipes dos trabalhadores da saúde e as famílias de uma área geográfica delimitada, o que possibilita melhor compreensão das dificuldades e potencialidades humanas e ambientais existentes no território, mais participação e corresponsabilização da comunidade no processo e, conseqüentemente, mais efetividade na solução dos problemas.

Um avanço de tal envergadura na visão política do modelo assistencial brasileiro gerou expressiva mudança no processo de trabalho dos profissionais e das equipes, pela possibilidade de reorganização das intervenções e ações. A atenção primária à saúde visa não só à recuperação da saúde do indivíduo, mas também à busca da promoção da saúde, da prevenção contra os agravos que são mais frequentes na comunidade e da reabilitação funcional e psicossocial das pessoas, perto de seus familiares e amigos.

Desde a implantação das equipes de Saúde da Família, as orientações estiveram sempre voltadas para o cadastramento das famílias residentes no território da Unidade Básica de Saúde, na composição de uma equipe mínima, constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É de fundamen-

tal importância contar com outros profissionais de saúde atuando junto às equipes de Saúde da Família para contribuir na solução dos problemas que a população apresenta. Essa é uma árdua tarefa para os municípios, principalmente os de pequeno porte e com condições socioeconômicas deficitárias, o que não lhes possibilita ter atrativos financeiros para agregar ao serviço de saúde, diferentes profissionais de saúde, mesmo sabendo da sua contribuição para a melhora da qualidade de assistência ofertada à população.

O Ministério da Saúde, em 2000, inseriu a saúde bucal junto às equipes de Saúde da Família, com a intenção de fortalecer a Estratégia Saúde da Família como movimento de reorientação do modelo de atenção em nosso país, possibilitando a agregação de outros profissionais de saúde na atenção primária à saúde.

A inserção da equipe de Saúde Bucal tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica e melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde.

A saúde bucal tem duas modalidades de equipes: modalidade I, constituída por um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar em saúde bucal (ASB); modalidade II, composta de um CD, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB), que desenvolvem suas atividades em parceria com os todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), atuando diretamente com as famílias que estão cadastradas no território da equipe de saúde à qual estão vinculadas.

Cabe às secretarias estaduais de saúde assessorar os municípios na definição os critérios para a implantação das equipes de Saúde Bucal junto às equipes de Saúde da Família, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações, assessorar e realizar avaliação, assim como acompanhar a organização das equipes nos municípios.

Para saber mais...

Para saber mais sobre a inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família consulte as portarias GM nos 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece o incentivo financeiro para as equipes e a 267, de 6 de março de 2001, que define as normas e diretrizes e cria as duas modalidades de equipe. Disponível em www.saude.gov.br. (Ver Portarias).

Seção 2

Políticas públicas de atenção ao idoso

Nesta seção você vai conhecer ou rever as políticas nacionais e internacionais que têm o idoso como foco: o estatuto do idoso e a política nacional de saúde bucal do idoso e, ainda, as políticas direcionadas ao envelhecimento ativo/com sucesso/saudável e as prioridades no planejamento da atenção à saúde do idoso.

Conhecer as políticas voltadas para esse grupo possibilita atenção à saúde dos mesmos mais qualificada, pois o profissional pode ajudar o usuário na compreensão e defesa de seus direitos. Afinal, o papel esperado para o profissional de saúde hoje é o de **construtor do sistema de saúde**, entendido em seu sentido ampliado, conforme estabelecido na Constituição. Portanto, você precisa ter ferramentas para poder participar melhor deste processo em seu município. Por falar em seu município: há preocupação explícita com os idosos do seu município, por meio de programas específicos? Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) receberam um exemplar do Estatuto do Idoso? Sua UBS desenvolve ou se envolve com atividades de lazer para os idosos?

Existem terminologias diferentes na definição de políticas direcionadas ao envelhecimento. Entretanto, os diferentes termos adotados têm como objetivo comum o bem-estar e a saúde do idoso.

O termo “envelhecimento ativo”, que é bastante utilizado na literatura, enfatiza a manutenção do idoso no mercado de trabalho e preservação de sua capacidade funcional pelo mais longo tempo possível.

Já o “envelhecimento com sucesso” está relacionado à manutenção da capacidade física e mental, assegurando que o idoso tenha capacidade de reserva para lidar com os fatores estressantes que surgem com o envelhecimento.

Quanto ao “envelhecimento saudável”, refere-se a otimizar oportunidades para saúde física, mental e social do idoso, capacitando-o a ser um membro ativo da sociedade. O envelhecimento saudável é de importância singular quando se consideram os custos do envelhecimento. Os custos com saúde e cuidados de longa permanência – que estão diretamente relacionados aos níveis de dependência – poderão ter no futuro grande impacto nas finanças públicas e no orçamento familiar.

Independentemente do termo adotado, as recomendações dos programas são basicamente as mesmas. Como várias políticas públicas interferem na atenção ao processo de envelhecimento, a interação entre elas é extremamente desejável, realizada por ações intersetoriais.

As políticas públicas direcionadas ao envelhecimento ativo/com sucesso/saudável podem ser agrupadas em quatro grupos:

- Melhor integração na economia e sociedade.
- Estilo de vida saudável.
- Adaptação do sistema de saúde às necessidades do idoso.
- Combate aos fatores sociais e ambientais que interferem no envelhecimento saudável.

Quanto à adaptação do setor saúde, é importante você saber quais são as prioridades no planejamento da atenção à saúde do idoso:

- Acompanhamento regular e coordenação dos cuidados a pacientes com condições crônico-degenerativas.
- Ampliação dos serviços preventivos.
- Mais atenção à saúde mental.
- Estímulo ao autocuidado.

Este é mais um momento do curso para você refletir sobre cidadania e promoção da saúde. Ao final desta seção, nossa expectativa é de que você seja capaz de:

Debater as políticas públicas nacionais e locais do idoso e da saúde bucal.

Parte 1

Política Nacional do Idoso

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sustenta que se governos, organizações internacionais e da sociedade civil regulamentarem políticas e programas de envelhecimento ativo, melhorando os indicadores de saúde e a participação e segurança dos idosos, os países podem se dar ao luxo de ter envelhecimento saudável de suas populações. Tais políticas e programas devem basear-se em direitos, necessidades, preferências e capacidades dos idosos.

O vocábulo, “envelhecimento ativo” foi adotado em 1990 pela OMS (2002), em substituição a “envelhecimento saudável”, por ser uma mensagem mais inclusiva e reconhecer que, além da saúde, outros fatores alteram a maneira pela qual indivíduos e populações envelhecem. Assim, “ativo” significa **participação contínua em atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas** e não somente ser fisicamente ativo ou participar do mercado de trabalho.

Portanto, a manutenção da autonomia e independência, durante o envelhecimento, são pontos-chaves a serem considerados na elaboração de políticas voltadas para o idoso. Segundo a OMS, as políticas de atenção gerontológica devem contemplar também uma perspectiva de curso de vida, reconhecendo a importante influência da história de vida pessoal na maneira como se envelhece. Nessa perspectiva, intervenções que criem bons ambientes e tornem as escolhas saudáveis, mais fáceis são importantes em todos os estágios da vida.

No contexto odontológico, a consideração dessas diretrizes implica, entre outras intervenções, na oferta de programas de prevenção contra doenças e promoção da saúde bucal, de serviços de atenção primária, atendimento domiciliar e reabilitação protética. As intervenções devem ser acompanhadas de informações e orientações sobre a importância da preservação dos elementos dentários, que devem iniciar precocemente na infância e continuar no curso de vida.

No Brasil, em 1994, foi promulgada a lei nº 8.842 que trata da Política

Nacional do Idoso (PNI).

Essa política objetiva assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Para o alcance desse objetivo foram definidas algumas diretrizes de atuação, como:

Atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias (em detrimento ao atendimento asilar, exceto quando absolutamente necessário).

Capacitação de recursos humanos na área de geriatria e gerontologia.

Educação da sociedade quanto ao caráter biopsicossocial do envelhecimento e priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados.

Em relação especificamente à saúde, são consideradas como de competências dos órgãos e entidades públicas:

Garantia de assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em seus diversos níveis.

Prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso.

Normalização e fiscalização do funcionamento de instituições geriátricas e similares por gestores do SUS.

Normatização de serviços geriátricos hospitalares.

Intercâmbio entre secretarias estaduais de saúde, municípios e centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais.

Inclusão em concursos públicos de nível federal estadual ou municipal da geriatria como especialidade.

Realização de estudos epidemiológicos de determinadas doenças do idoso com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação.

Criação de serviços alternativos de saúde para o idoso.

A lei está em vigor, mas ainda precisa avançar muito para que, de fato, os direitos prescritivos sejam contemplados pelos idosos.

Parte 2

Política Nacional de Saúde do Idoso

Após a publicação da Política Nacional do Idoso (PNI), o Ministério da Saúde (MS) convocou, em 1998, profissionais de vários estados, com inserção nas instituições de ensino superior e alguns de seus técnicos, para elaborarem a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). O objetivo dessa política é implementar ações para o envelhecimento saudável, o que significa dizer, preservar a capacidade funcional, a autonomia e manter o nível de qualidade de vida (BRASIL, 1999). Assim, as diretrizes contidas na política são:

1. Promoção do envelhecimento saudável.
2. Manutenção da capacidade funcional.
3. Assistência às necessidades de saúde do idoso.
4. Reabilitação da capacidade funcional comprometida.
5. Capacitação de recursos humanos.
6. Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.
7. Estudos e pesquisas sobre envelhecimento.

Após ampla discussão, o documento foi submetido ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo promulgado em dezembro de 1999. Os aspectos odontológicos contemplados pela PNSI referem-se principalmente aos relacionados às perdas dentárias e suas consequências. Assim, para a manutenção da capacidade funcional das estruturas bucais, além do reforço às ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades, a PNSI ressalta a necessidade de introdução de novas medidas dirigidas à prevenção contra perdas dentárias e outras afecções. Em casos de comprometimento da capacidade bucal é indicada a reabilitação mediante prescrição adequada de próteses dentárias.

A “incapacidade bucal” ocorre quando o idoso não consegue exercer funções inerentes ao sistema estomatognático – mastigação, deglutição e fonação –, bem como os contatos sociais por problemas odontológicos.

Parte 3

Estatuto do Idoso

Para saber mais...

Para ampliar os seus conhecimentos sobre os direitos dos Idosos, leia o Capítulo IV – Do Direito a Saúde – do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003). Para mais informações, leia o Estatuto do Idoso que está na Biblioteca Virtual.

Em 1º de outubro de 2003 foi sancionada a Lei 10.741 que trata do Estatuto do Idoso – que dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o conselho nacional do idoso (BRASIL, 2003). Em relação ao direito à saúde, esta lei assegura atenção integral à saúde do idoso no SUS, garantindo-lhe o acesso universal, igualitário, articulado e contínuo das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

De acordo com esse Estatuto, a prevenção e manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento da população, em família, em base territorial e atendimento geriátrico e gerontológico ambulatorial e em unidades geriátricas de referência. De acordo com essa lei, cabe ao poder público fornecer aos idosos medicamentos, próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou e reabilitação.

Parte 4

Política Nacional de Saúde Bucal

No tocante à implementação da política de saúde bucal, o Brasil Sorridente é o primeiro programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde com a finalidade de ordenar a atenção à saúde bucal da população brasileira. Objetiva ampliar e garantir o acesso da população à assistência odontológica. Além do aumento no repasse de recursos para as equipes de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente propõe a construção de Centros de Referência (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Assim, além da atenção básica, a população passa a ter, também, atendimento especializado para garantir a integralidade na assistência à saúde.

No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que existe uma população adulta e idosa edêntula. Então, você já sabe que é uma demanda bastante significativa entre os idosos, principalmente a prótese superior. A resposta a essa demanda está garantida no Estatuto do Idoso.

Pesquise e conheça o número de equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de prótese existentes no seu município. Caso o seu município não possua Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e Centro Especializado de Referência, busque no site da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (www.saude.gov.mg.br) quais são os municípios mais próximos do seu que os possuem. Essa informação será importante para você conhecer e construir a rede de atenção à saúde bucal e planejar a atenção aos usuários de sua área de abrangência.

Para saber mais...

Você poderá acessar também o site do www.saude.gov.br/bucal para localizar os municípios que possuem LRPD e CEO.



Seção 3

Dados demográficos e epidemiológicos

Nesta seção vamos trabalhar alguns dados demográficos sobre envelhecimento da população mundial e sua relação com as mudanças epidemiológicas que vêm ocorrendo. Para o reconhecimento do espaço (território) e das relações das famílias da área de abrangência com o serviço de saúde (Unidade Básica de Saúde), têm que ser levados em consideração dados do perfil demográfico e epidemiológico dessa população, o contexto histórico e cultural e, ainda, as organizações sociais para a efetiva intervenção no processo saúde doença de uma comunidade. Essa apropriação da realidade local certamente facilitará o desencadeamento de processos de mudança no modelo de atenção à saúde.

Ao final desta seção, espera-se que você seja capaz de:

Identificar a população idosa da área de abrangência da unidade básica de saúde;

Analisar as condições de saúde bucal do idoso da área de abrangência de sua equipe ou de seu município.

Identificar os problemas mais comuns de saúde bucal dos idosos da sua comunidade.

Parte 1

Dados demográficos do idoso na população mundial

Os dados demográficos disponíveis hoje mostram aumento na esperança de vida ao nascer em quase todo o mundo. Determinadas regiões da África constituem exceções, pois houve redução na expectativa de vida, em algumas devido à epidemia de AIDS e em outras (ex-colônias) em função do aumento de óbitos por doenças cardiovasculares e violência.

A linha guia da saúde do idoso da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, quando discute a questão do envelhecimento, comenta que:

Definir o envelhecimento é algo muito complexo; biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso (MINAS GERAIS, 2006, p. 14).

Entre 1970 e 2025 espera-se 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 bilhão de pessoas acima de 60 anos no mundo. Por volta de 2050 serão cerca de dois bilhões, sendo que 80% estarão vivendo em países em desenvolvimento (IBGE, 2000).

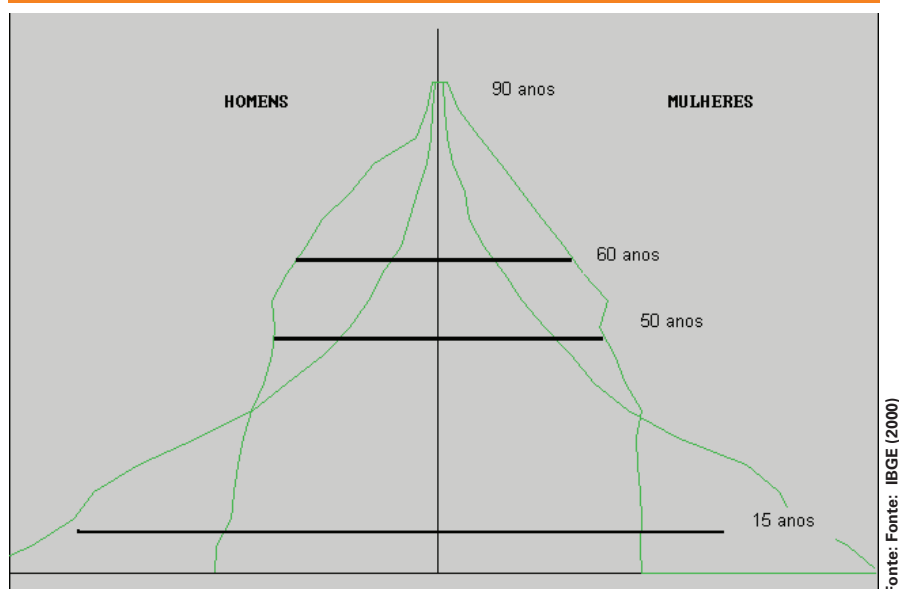
O processo de envelhecimento da população mudará a estrutura triangular da pirâmide populacional mundial, tanto das regiões desenvolvidas quanto nas em desenvolvimento e subdesenvolvidas, conferindo-lhes configuração mais próxima de um cilindro. Observa-se na Figura 1, que a pirâmide está mudando, em função do estreitamento da base, devido à redução do número de crianças e do alargamento do ápice, em função do envelhecimento populacional.

Parte 2

Dados demográficos e epidemiológicos do idoso na população do Brasil

No Brasil o processo de mudança do perfil populacional iniciou-se em 1940, com o declínio da mortalidade infantil. Nessa época houve aumento na esperança de vida ao nascer de quatro anos para os homens e 6,8 anos para as mulheres. Entretanto, esse aumento não alterou a estrutura etária da população, uma vez que, paralelamente, passou a ocorrer um melhor controle de doenças específicas da infância. Como mais crianças eram “preservadas”, o efeito sobre a pirâmide etária foi de aumento de sua base. Considera-se, portanto, que a transição demográfica brasileira começou a partir de 1960 com o declínio nas taxas de fecundidade nas regiões mais desenvolvidas do país (de 5,8 para 2,7 filhos por mulher), conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1: Pirâmide populacional brasileira, 1980 e 2030



Analisando a Figura 1, você pode deduzir que a redução do número de filhos e o aumento nas taxas de sobrevivência entre os nascidos vivos promoveram, ao mesmo tempo, o estreitamento da base da pirâmide populacional e o alargamento de seu ápice.



Atividade 1

Procure na Internet textos que abordem o tema transição demográfica. Escolha um que tenha sido publicado nos últimos cinco anos, leia, faça um resumo.

Guarde o texto e o resumo e consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

Para saber mais...

Atenção: Você pode buscar mais informações sobre redução da mortalidade geral, aumento da esperança de vida ao nascer, redução das taxas de mortalidade infantil e fecundidade, no módulo Saúde do Idoso (CHAIMOVICZ, 2009)..

É possível que você tenha encontrado textos que abordem o predomínio de mulheres idosas no Brasil. Esse elevado número de mulheres idosas é explicado em função dos baixos índices de mortalidade destas em praticamente todas as faixas etárias, mas principalmente dos 15 aos 69 anos. A partir dos 69 anos verifica-se inversão, ou seja, elevam-se os índices de mortalidade entre as mulheres.

O processo de envelhecimento populacional, em curso no Brasil e em quase todas as regiões do mundo, é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a maior conquista da humanidade de todos os tempos.

Estudos epidemiológicos de saúde bucal em populações idosas, de âmbito nacional e internacional, têm mostrado diferenças significativas em relação às variáveis gênero, condição funcional, acesso a serviço odontológico e local de moradia. No Brasil, foram realizados quatro grandes estudos epidemiológicos de saúde bucal nos anos de 1986, 1993, 1996, 2003 e 2010. O último Projeto SB Brasil 2010, mostrou que o índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) praticamente não se alterou em sete anos - de 27,8 em 2003 para 27,1 em 2010. No levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 a amostra foi composta segundo idades-índice e faixas etárias sugeridas pela OMS (1999). Além de incluir adultos e idosos na amostra, um aspecto importante desse estudo foi o fato de que tanto a população urbana quanto a rural foram representadas.

Os resultados do Projeto SB Brasil 2003 indicaram que o percentual de edêntulos – indivíduos desprovidos de dentes – foi o principal problema na faixa etária de 65 a 74 anos. Dos Idosos examinados 46,0% não pos-

Para saber mais...

Você sabia que, em 1982, em uma Assembléia sobre envelhecimento mundial, realizada em Viena, ficou estabelecido que a terceira idade tem início aos 65 anos nos países desenvolvidos e nos demais a partir dos 60 anos? Essa diferença foi estabelecida em função do envelhecimento mais precoce das populações dos países em desenvolvimento; dessa forma, aumenta-se a possibilidade de acesso às políticas de assistência gerontológica para uma faixa populacional mais ampla.

suíam sequer um dente. Entre eles, 22,0% não possuíam prótese dentária e mais de 40,0% necessitavam de pelo menos uma (BRASIL, 2004). Em 2010, dos idosos examinados, 23,0% necessitavam de prótese em pelo menos um maxilar e 15,0% necessitavam de prótese dupla, ou seja, 3 milhões de idosos necessitavam de prótese total e 4 milhões precisavam usar prótese parcial (BRASIL, 2010).

Os dados relativos à prevalência de cárie, doença periodontal, uso e necessidades de próteses totais podem ser consultados no site do Ministério da Saúde, no qual estão os resultados do Projeto SB Brasil 2003 e 2010 (BRASIL, 2005, 2010).

Segundo Ribeiro (2008), a análise dos dados do SB Brasil 2003 e 2010 mostrou que as perdas dentárias são mais frequentes na arcada superior. De acordo com este trabalho, os elementos dentários inferiores – especialmente os anteriores – permanecem na arcada após a extração dos superiores.

Por outro lado, uma boa notícia: a exemplo do que ocorre em outras regiões do mundo, no Brasil, estudos populacionais com crianças vêm mostrando declínio na prevalência de cárie dentária. Assim, os futuros idosos brasileiros poderão apresentar melhor preservação de elementos dentários. Isso significa dizer que a condição atual de saúde bucal desse grupo etário é definida, em parte, por exposições passadas a fatores de risco. Pode-se fazer uma analogia entre as doenças bucais e as doenças transmissíveis, como a doença de Chagas, ou seja, registrou-se redução dos casos dessa doença devido ao sucesso no controle de sua transmissão e à melhora na qualidade de vida. Do ponto de vista odontológico, isto equivale a dizer que os idosos de hoje foram pouco beneficiados pelos avanços científicos recentes da área de saúde, da odontologia de modo especial, além de terem convivido com um modelo de atenção em que o acesso a serviço de atenção à saúde era mais difícil do que é hoje. Ainda, a prática que predominava era a de extrações dentárias.

Desse modo, é fácil chegar à conclusão de que a preservação de maior número de elementos dentários, de crescente população idosa aumentará o número de superfícies radiculares em risco de desenvolvimento de lesões de cárie, uma vez que a prevalência, extensão e gravidade da recessão gengival aumentam gradualmente com a idade.

Em função disso, alguns autores fazem projeções quanto ao aumento da prevalência de cárie radicular nessa população. Entretanto, alguns estudos mostram que, apesar de ter sido observada associação entre número de elementos dentários presentes na cavidade bucal e cárie radicular, esta

última não foi relacionada à recessão gengival. Segundo esses estudos, o grupo de idosos que retêm maior número de elementos é constituído de indivíduos mais saudáveis, em sua juventude, com progressão de cárie mais lenta. Ironicamente, tais pessoas tendem a escovar mais frequentemente os dentes, aumentando a chance de apresentar recessão gengival, mas não necessariamente cárie radicular. Além disso, há associação direta entre experiência de cárie no passado (cárie coronária) e o risco de desenvolvimentos de lesões de cárie radicular. Ou seja, aqueles que tiveram marcante experiência de cárie no passado são pacientes de risco a desenvolver lesões também nas superfícies radiculares expostas.

Em relação à doença periodontal crônica, pode-se dizer que é o problema bucal mais prevalente encontrada no idoso. No entanto, nos estudos epidemiológicos realizados observa-se apenas fraca correlação entre profundidade de bolsa e o aumento da idade. Muitos trabalhos mostram que a porcentagem de pessoas com periodontite avançada diminui no grupo de idosos quando comparados com adultos mais jovens, o que provavelmente deve estar relacionado com a grande perda dental e, também, com a recessão gengival, muito comum nessa faixa etária. Portanto, é importante considerar não somente a profundidade de sondagem, mas também o grau de perda de inserção.

A principal causa de extrações entre os indivíduos até os 45 anos é a cárie dentária. No entanto, em grupos com idade avançada, a doença periodontal passa a ser igualmente responsável pela perda de elementos dentários.

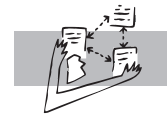
Percentual de 60,8% dos idosos examinados no Projeto SB Brasil 2003 não teve a condição periodontal avaliada por serem edêntulos. Assim, a análise dos resultados sobre a saúde periodontal dos idosos avaliados nesse levantamento mostrou alto percentual de sextantes excluídos, sendo que a região anterior inferior teve a mais baixa porcentagem. Periodontite leve ou moderada (bolsas de 4 a 5 mm) foi encontrada em 4,45% das pessoas e a forma avançada (bolsas de 6 mm ou mais) em apenas 1,85%.

Eis aqui uma evidência da importância dos estudos epidemiológicos: a partir dos dados consolidados pode-se afirmar que o tratamento periodontal de idosos que não necessitam de procedimento cirúrgico deve ser realizado rotineiramente na atenção primária à saúde, referenciando os tratamentos mais complexos para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os dados do Projeto SB Brasil 2003 mostram que a existência de cálculo foi a principal condição encontrada na região anterior inferior e que a prevalência de periodontite nas formas leve e avançada é baixa, demonstrando que, para a população idosa, procedimentos de raspagem e polimento, realizados na atenção básica, são capazes de resolver a maior parte da demanda de tratamento periodontal.

Atividade 2

Faça um levantamento do número de idosos existentes no seu município, identifique-os por local de moradia (zona urbana e rural) e por sexo. Em seguida, cite o número de idosos da sua área de abrangência, classificando-os por gênero e faixas etárias. Para realizar esse levantamento considere pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade. Selecione um grupo de 15 e faça uma análise em relação ao índice CPO-D, Índice Periodontal Comunitário (IPC), lesões de mucosa e necessidade de próteses. Para realizar esta atividade você deve utilizar as Figuras 2, 3, 4 e 5 e o Anexo A. Compare os dados que você encontrou com os resultados do Projeto SB Brasil 2010.

Observe que, com esta atividade, você está construindo o seu mapa contextual. Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Exame dos dentes – CPO-D

Para esse exame você deve utilizar o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), considerando os critérios adaptados da proposta da OMS (1999):

- Dente cariado (C) – lesão cavitada em sulco, superfície ou fissura com tecido amolecido na base ou associado à restauração.
- Dente perdido (P) – dente perdido devido à cárie ou por outra razão.
- Dente obturado (O) – dente com restaurações definitivas sem cárie secundária.

Utilizando o modelo da Figura 2, preencha as caselas em branco considerando os dentes superiores e inferiores.

Figura 2: Exame dos Dentes

Exame dos dentes

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
S																
I																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Cariado (C) Perdido (P) ou Obturado (O)

Legenda: S – Superior I – Inferior

Exame do periodonto – IPC

Com uma sonda periodontal milimetrada, você irá realizar o índice periodontal comunitário (IPC) ou Community periodontolog index (CPI), examinar os dentes-índice (17, 16, 11, 26, 27, 47, 46, 31, 36, 37) e preencher a ficha clínica (Figura 3) utilizando o IPC, considerando os códigos:

- 0 - sem problemas periodontais
- 1 - sangramento após sondagem
- 2 - cálculo (qualquer quantidade presente)
- 3 - bolsa periodontal de 4 a 5 mm
- 4 - bolsa periodontal de 6 mm ou mais
- X - caso não haja algum elemento dentário no sextante

Figura 3: Exame do periodonto

Exame do periodonto

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
M																	M
D																	D
V																	V
L																	L
M																	M
D																	D
V																	V
L																	L
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Legenda: M – Mesial / D – Distal / V – Vestibular / L – Lingual ou palatina

Considerando a alta prevalência de perdas dentárias nos pacientes idosos, sugerimos que no caso de pacientes com menos de dois dentes presentes, por sextante, ou no caso de perda dos dentes-índice, examine os elementos dentários encontrados no sextante. Apesar de a literatura considerar que devem ser avaliados somente sextantes com pelo menos dois elementos dentários não indicados para extração, justifica-se o exame de um único dente no sextante, porque sua manutenção pode ser estratégica no planejamento protético do paciente.

Lesões de mucosa

Para realizar este exame, você deverá usar como referência a descrição das alterações patogênicas no Anexo A e utilizar a Figura 4 para a anotação. Ler o Guia do autoexame (SÃO PAULO, 2009).

Figura 4: Análise das lesões de mucosa

Exame das lesões de mucosa

LOCAL DAS LESÕES DE MUCOSA	Presente	Ausente
Lábio inferior		
Lábio superior		
Comissura labial		
Mucosa jugal		
Língua		
Gengiva/rebordo alveolar		
Assoalho da boca		
Palato		
Orofaringe		
Fundo de saco de vestibulo		
Trígono retromolar		

Próteses

Para este exame você deverá considerar a existência de próteses removíveis (totais e/ou parciais, superiores e/ou inferiores), independentemente da prótese apresentar-se desajustada ou fraturada. Faça suas anotações na Ficha – Exame da presença de prótese no idoso (Figura 5).

Figura 5: Exame da existência de prótese no idoso

Exame da existência de prótese no idoso

Presente ()	Ausente ()	Necessita ()

Certamente esses dados já lhe permitem ter aproximação da realidade da saúde bucal dos idosos da sua área de abrangência.

Seção 4

Avaliação funcional do idoso

Agora que você já se apoderou um pouco das políticas de atenção ao idoso e tem a visão mais ampliada sobre PNSI, vamos apresentar nessa seção os indicadores mais utilizados para se medir a capacidade funcional do idoso. Vamos considerar, a classificação cronológica do idoso para países em desenvolvimento, ou seja, 60 anos ou mais. A heterogeneidade entre essas pessoas é a maior entre todos os grupos etários, sendo que a condição funcional desses indivíduos é mais importante que sua idade.

Na avaliação da condição funcional, normalmente são utilizadas escalas como as de “Atividades de Vida Diária” (AVD) e “Atividades Instrumentais de Vida Diária” (AIVD). A partir dos dados obtidos com a utilização dessas escalas, os idosos são classificados em: **independentes, fragilizados ou semidependentes e dependentes**.

De acordo com a Federação Dentária Internacional (1987), idosos independentes são aqueles capazes de realizar todas as AVDs sozinhos; semidependentes os que precisam de algum suporte; e dependentes são idosos geralmente acamados, que necessitam de suporte total.

Para saber mais...

Na velhice, o que está realmente em jogo é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios!

Parte 1

Avaliação das atividades diárias

Como avaliar a capacidade funcional do idoso?

Existem vários índices de avaliação das AVDs. Na Tabela 1 encontra-se o índice de Katz-modificado, que é de fácil aplicação prática. Para cada resposta afirmativa a pessoa idosa ganha um ponto; ao final somam-se todos os pontos, sendo considerados dependentes os idosos que obtiverem de 0 a 2 pontos, semidependentes os que tiverem de 2 a 4 e independentes os que obtiverem 5 e 6.

Tabela 1 . Avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD): componentes para a determinação do Índice de Katz-modificado

Atividades da vida diária (AVD)	Pontos
1. Banha-se totalmente sozinho ou recebe ajuda em somente uma parte do corpo? (pode ser auxiliado com a esponja de banho ou chuveiro para lavar determinada parte do corpo)	
2. Escolhe as roupas e veste-se sem assistência, exceto para calçar os sapatos?	
3. Vai ao toalete, usa-o, organiza as roupas e retorna sem assistência? (pode usar bengala ou andador).	
4. Deita-se ou levanta-se da cama ou senta-se em uma cadeira sem assistência? (pode usar bengala ou andador).	
5. Tem autocontrole do intestino (fezes) e da bexiga (urina)? (não considerar "acidentes" ocasionais").	
6. Alimenta-se sem assistência? (pode ser auxiliado para cortar carne ou passar manteiga no pão).	
Total dos pontos	

Fonte: FREITAS et al., 2006

Atribuir um ponto a cada resposta afirmativa. Referência de pontuação de acordo com autonomia do idoso para atividades da vida diária: dependentes – 0 a 2; semidependentes – 2 a 4; independentes – 5 e 6.

Parte 2

Avaliação das atividades diárias de higiene bucal

Agora que já apresentamos, de maneira geral, a avaliação das AVDs e que você, certamente, reconheceu a importância da capacidade funcional para a qualidade de vida dos idosos, é importante pensar como avaliar a capacidade para o autocuidado bucal.

Como o tratamento e controle das principais doenças bucais estão relacionados à manutenção de níveis adequados de higiene bucal, incapacidades que dificultem ou impeçam os cuidados bucais devem ser resolvidas por meio de ações interdisciplinares de reabilitação ou de capacitação de recursos humanos, para realizá-las.

Lembre-se: a avaliação de idosos que apresentam incapacidades para as atividades da vida diária (AVD) deve ser complementada pela avaliação das atividades diárias de higiene bucal (ADHB). Nos casos em que não for possível a reabilitação, para os autocuidados bucais, é necessário o treinamento dos cuidadores para esta atividade.

Para realizar a ADHB sugerimos que você utilize o índice de atividades diárias de higiene bucal (IADHB), Tabela 2.

Tabela 2 . Capacidade para autocuidados: Índice de Atividades Diárias de Higiene Bucal (IADHB)

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

Fonte: Bauer, 2001

Referência de pontuação de acordo com autonomia do idoso para atividades diárias de higiene bucal: 0 – independente; 1 – necessita de adaptações ou auxílio; 2 – totalmente dependente.

Na Tabela 2, deve-se pontuar os itens de higiene bucal realizados pelo idoso. Quanto mais baixa a pontuação obtida pelo idoso, maior será a sua independência para as ADHBs.

Na atividade 2 da seção 3, você realizou uma avaliação normativa – clínica – de um grupo de 15 idosos de sua área de abrangência em relação ao uso e necessidade de prótese. Os dados obtidos a partir deste tipo de avaliação não consideram a autopercepção do paciente em relação à sua saúde bucal. Como alguns estudos relatam que a adaptação à reabilitação protética pode ter impacto negativo na qualidade de vida de alguns idosos, sugere-se, conjuntamente à avaliação normativa, o uso de instrumentos para detecção de comprometimentos, incapacidades e prejuízos decorrentes da perda dos elementos dentários. Dessa forma, a utilização de um Índice de autopercepção de saúde bucal como o General Oral Health Avaluation Index (GOHAI), associado à avaliação clínica, produz uma abordagem holística da necessidade de tratamento protético do paciente. A Tabela 3 mostra o GOHAI. Esse índice avalia a autopercepção de impacto pelo idoso, nas dimensões funcionais, psicológicas, sociais e de dor, segundo a frequência com que este foi percebido, nos três últimos meses. O instrumento original trabalha com cinco níveis de resposta para cada uma das 12 perguntas (sempre, repetidamente, algumas vezes, raramente e nunca). Para facilitar a aplicação e compreensão do paciente, sugere-se utilizar somente três alternativas: “sempre”, “algumas vezes”, ou “nunca” (ATCHISON; DOLAN, 1990).

Para determinação do índice final, somam-se os valores. O valor de

cada item varia de 1 a 5 pontos, portanto, cada indivíduo pode ter pontuação de 12 a 60 e, quanto mais alto esse valor, melhores serão as condições bucais e mais reduzido seu impacto na qualidade de vida do idoso.

Exemplificando: No questionário GOHAI (Tabela 3) você percebe que as cinco primeiras perguntas se referem ao impacto da função mastigatória na qualidade de vida do idoso. Se o idoso responde NUNCA para as perguntas de números 1, 2, e 4, conseqüentemente receberá pontuação de 15 pontos.

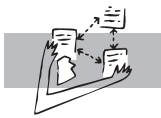
Quão frequentemente nos últimos três meses.	Pontos
1. Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses?	
2. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	
3. Foi capaz de engolir confortavelmente?	
4. Seus dentes ou próteses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

Fonte: ATCHISON; DOLAN, 1990

Atenção: a resposta NUNCA corresponderá a 5 pontos, ALGUMAS VEZES a 3 pontos e SEMPRE a 1 ponto. Para as perguntas 3, 5 e 7, pontuar invertidamente, em função da pergunta: a resposta NUNCA corresponderá a 1 ponto, ALGUMAS VEZES a 3 pontos e SEMPRE a 5 pontos.

Uma vez que inexistem indicadores precisos de necessidade de próteses, é fundamental que em sua avaliação você utilize indicadores clínicos e de autopercepção. A associação de indicadores clínicos/profissionais e de autopercepção contribuirá para a definição correta dos indivíduos que terão melhora na qualidade de vida com a reabilitação protética. Um exemplo desta avaliação completa é mostrado em recente estudo realizado no Brasil por Colussi *et al.* (2009) que relatam que indivíduos idosos do sexo masculino, com mais de 70 anos, residentes em zona rural, não percebem necessidade de reposição protética de elementos dentários. A avaliação completa (do profissional e autopercebida) é importante para não desperdiçar recursos com sobretratamento, onerando o serviço de saúde.

Considere a condição de idosos que apresentam desde o segundo pré-molar direito ao segundo pré-molar esquerdo, tanto na arcada superior quanto na inferior (Arco Dental Reduzido - ADR). Nesse caso, a indicação de reabilitação protética para reposição dentária pode ser desnecessária, constituindo sobretratamento. Pela situação de ADR descrita, você percebe claramente que o uso de um índice de autopercepção (GOHAI) acrescenta informações relevantes para o planejamento da atenção ao idoso.



Atividade 3

Você deverá aplicar os índices Katz (para AVD – atividades da vida diária), ADHB (para atividades diárias de higiene bucal) e GOHAI (índice de determinação de saúde bucal ou General Oral Health Avaluation Index), em 15 idosos da sua comunidade (atendidos na unidade básica de saúde ou que estejam em instituições de longa permanência ou acamados em hospitais ou nos domicílios). Após essa avaliação em capacidade funcional para as AVDs e para as ADHBs, verifique se as duas avaliações coincidem. Observe ainda se os idosos apresentam impacto em relação ao GOHAI.

Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

Após a realização da atividade 3, você deve ter observado, entre os idosos examinados, que alguns dependentes podem executar as atividades de higiene bucal desde que sejam feitas adaptações ambientais (como: rampas, barras de apoio, iluminação adequada, acesso facilitado a banheiros) e/ou nos dispositivos de cuidados bucais (Figura 6).

Figura 6 – Escovas convencionais adaptadas com dispositivos para facilitar a apreensão do cabo.



Lembre que o objetivo no tratamento de pacientes com doenças crônico-degenerativas – que não têm cura – é a manutenção da independência e autonomia! **A reabilitação da independência para as atividades de vida diária melhora a qualidade de vida do idoso e de seus cuidadores.**

Você deve concordar que qualquer pessoa que chegue aos 80 anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber se essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão – combinação bastante frequente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantenha sua autonomia, seja feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável.

Seção 5

Condicionantes e determinantes de saúde bucal do idoso

Esta seção irá acrescentar ao conceito de condicionantes e determinantes sociais alguns aspectos relacionados ao envelhecimento.

Durante muito tempo a educação em relação a comportamentos, hábitos e estilo de vida foi a abordagem dominante na prevenção contra as doenças bucais. Evidências na área da saúde mostram limitações desta abordagem na melhoria da condição de saúde da população, refletindo a atual condição bucal dos idosos.

Ao final desta seção espera-se que você consiga refletir sobre os condicionantes e determinantes sociais e biológicos que atuam na saúde bucal do idoso.

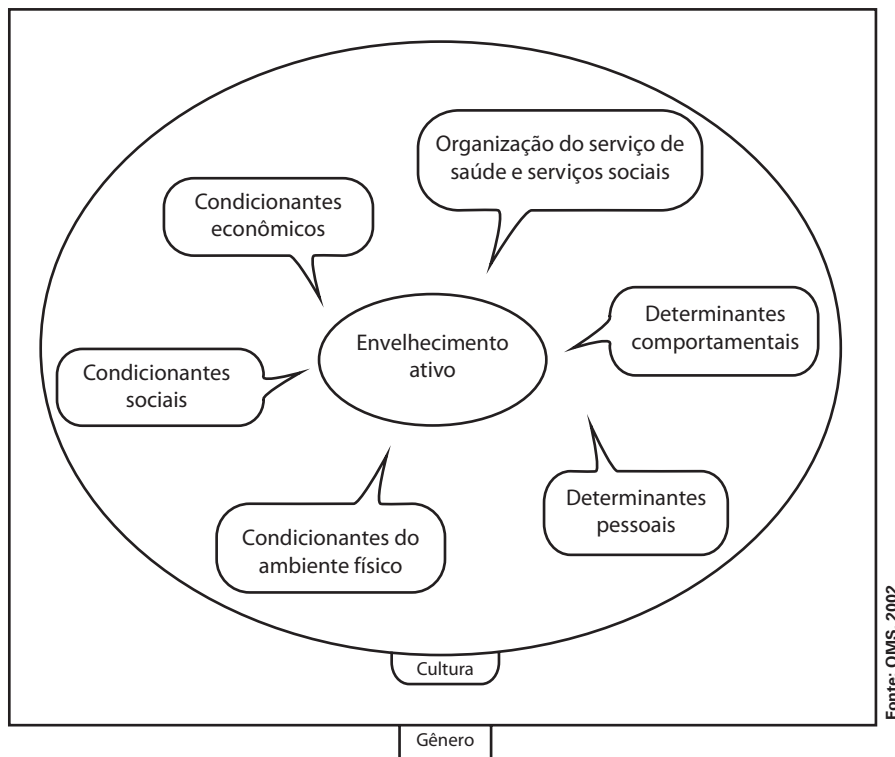
Parte 1

Condicionantes e determinantes sociais

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o envelhecimento ativo ou “bem-sucedido” depende de uma série de fatores que circundam indivíduos, famílias e nações. Segundo aquele órgão, é útil considerar a influência destes fatores ao longo do curso de vida de forma a tirar proveito das transições e “janelas de oportunidades” para reforçar a saúde da população. Assim, o conhecimento dos determinantes possibilita o delineamento de políticas e programas de saúde para os idosos. A Figura 7 mostra a interação dos determinantes do envelhecimento bem sucedido.

Ainda de acordo com a OMS (2002), cultura e gênero são determinantes transversais para a compreensão do envelhecimento. A cultura e as tradições determinam como uma sociedade valoriza o idoso e o processo de envelhecimento.

Figura 7 – Determinantes do envelhecimento ativo.



Quando uma sociedade associa o envelhecimento a doenças, há menos probabilidade de que sejam estabelecidos programas preventivos, de detecção precoce de doenças e de tratamento. De acordo com a OMS, em muitas sociedades, mulheres têm condição social inferior, menos acesso ao trabalho, à educação e aos serviços de saúde.

Exemplos da cultura e gênero na determinação da saúde bucal podem ser observados em um estudo realizado com idosos por Scelza (2003), que observou que as mulheres utilizavam mais próteses totais. De acordo com esse autor, a diferença decorre, primeiramente, de fatores psicológicos e culturais, como o papel de cuidadoras e a vaidade, pois as mulheres valorizam mais a estética, quando comparadas aos homens.

No levantamento epidemiológico Projeto SB Brasil 2003 você pode observar que existem diferenças epidemiológicas entre as faixas etárias. Você deve ter pensado nos motivos que levam a população a ter essas diferenças e, provavelmente, chegou à conclusão de que um dos fatores determinantes das diferenças que você encontrou é que, historicamente, os serviços brasileiros de saúde bucal destinados à população adulta

Para saber mais...

O conto japonês “A balada de Narayama” é um exemplo significativo da mediação da cultura para a saúde bucal. Para entender o peso da cultura no comportamento dos indivíduos sugere-se assistir ao filme do diretor Shohei Lamamura sobre este conto.

sempre foram direcionados ao atendimento de urgências, que frequentemente são resolvidos a partir de procedimentos mutilatórios, como as extrações dentárias. Essa situação tem como consequência final o aumento no índice **CPOD** (dentes cariados perdidos e obturados) na faixa de 65 a 74 anos, devido principalmente a alta frequência do componente perdido. Daí, é importante ressaltar, como você viu na seção 2, as políticas públicas – por exemplo, em função do elevado número de indivíduos desdentados, o programa Brasil Sorridente deverá ofertar próteses totais para a população.

Em relação aos determinantes comportamentais, de acordo com a OMS (2002) o fumo é o mais importante fator de risco que pode ser mudado, além de ser a principal causa de morte prematura prevenível. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) descreve como fatores de risco para o câncer bucal: idade superior a 40 anos, hábito de fumar cachimbos ou cigarros, consumo de álcool, má-higiene bucal e próteses mal-ajustadas.

Segundo o INCA:

Homens com mais de 40 anos de idade, dentes fraturados, fumantes e portadores de próteses mal-ajustadas devem evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano. Outra recomendação é a manutenção de uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas (INCA, 2009).

O meio ambiente também contribui na determinação de um envelhecimento saudável. Idosos que vivem em locais inseguros ou áreas com múltiplas barreiras físicas são mais propensos a isolamento, depressão e redução das atividades físicas (OMS, 2002). As barreiras físicas podem ser de ordem arquitetônicas, como falta de rampas, banheiros públicos sem barras, vasos altos, portas e elevadores estreitos que impedem a passagem de cadeirantes ou indivíduos em uso de andadores. As implicações do meio ambiente para a saúde bucal do idoso estão relacionadas com o acesso aos serviços odontológicos. Idosos que residem em apartamentos com escadas e em favelas ou vilas que possuem passagens estreitas podem apresentar dificuldade de locomoção, principalmente se necessitarem de apoio ou de cadeira de rodas, restringindo o acesso a uma rede de apoio social maior, incluindo os serviços de saúde, o que torna o serviço de saúde odontológico domiciliar também fundamental (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Para refletir...

Em sua cidade existem rampas de acesso para idosos nos locais públicos? Em sua unidade de saúde, existem rampas, corrimão, cadeiras com altura adequada na sala de espera, iluminação que possibilita o deslocamento seguro do idoso? Os banheiros possuem barras de proteção? Todas as portas da unidade básica de saúde (UBS) permitem a passagem de cadeirantes e de andadores? Os idosos que necessitam de transporte coletivo para a sua Unidade de Saúde sabem que eles têm direito à gratuidade nesse serviço?

Há que se considerar, também, no acesso ao serviço odontológico, a disponibilidade de transporte. Em relação a este aspecto, vale ressaltar o artigo 39 do capítulo X do Estatuto do Idoso, que assegura a gratuidade nos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos aos idosos.

Os idosos são mais vulneráveis a solidão e isolamento social, devido à perda de suporte social (amigos e parentes). O suporte social abrange políticas e redes de apoio sociais (família, amigos e comunidade), que têm como finalidade contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente aquelas em situação de exclusão. Orientar os cuidadores sobre a importância de se manter boa condição bucal é recurso importante na busca de suporte para manutenção da autonomia e uma melhora no quadro geral do indivíduo idoso (ARAÚJO *et al.*, 2006).



Atividade 4

Fórum

Discuta no Fórum como é a situação das pessoas idosas residentes na sua área de abrangência que são acamadas ou que têm alguma limitação. Como é a atuação da equipe de Saúde Bucal, médicos, enfermeiros, profissionais do NASF e os ACS junto à essas pessoas.

Procure se informar se têm cuidadores para os idosos e que tipo de orientação esses cuidadores já receberam.

Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Parte 2

Determinantes biológicos

Quanto aos determinantes biológicos, Chaimowicz (1998) relata que, com o envelhecimento populacional, ocorre mudança no perfil de saúde da população, com aumento dos processos crônico-degenerativos.

Na Tabela 4 você poderá conhecer as doenças mais relatadas pelos idosos avaliados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2003 (LIMA COSTA *et al.*, 2003).

Tabela 4 . Morbidade autorreferida em amostra de 28.943 idosos

Morbidade	%
Hipertensão	44
Artrite ou reumatismo	38
Doenças do coração	19
Diabetes	10
Asma ou bronquite	8
Doença renal crônica	7
Câncer	1
Cirrose	0,3
Pelo menos um desses	69

Fonte: LIMA-COSTA *et al.*, 2003

No tratamento das doenças crônico-degenerativas os idosos fazem uso de medicamentos, muitos dos quais com implicações para a saúde bucal. Nesse sentido, ressalta-se como uma das causas da xerostomia o uso de anti-histamínicos, descongestionantes nasais, anti-hipertensivos, antipsicóticos, antidepressivos e anticolinérgicos, entre outros. Segundo esse autor, ainda que muitos pacientes com queixa de xerostomia apresentem fluxo salivar normal, é necessária avaliação. Naunftofte *et al.* (2005) salientam que a avaliação da função salivar deve ser uma rotina no exame bucal, pois pacientes com produção insuficiente de saliva têm alto risco de doenças bucais, como cárie, erosão dentária e candidíase.

Além da xerostomia, medicamentos usados no tratamento da hipertensão, como a nifedipina, anticonvulsivantes como a fenitoína, imunossupressores como a ciclosporina, na presença de placa dentária, podem induzir hiperplasia gengival (Figura 8 - observar o acúmulo de placa). O uso de xaropes contendo açúcar pode levar ao desenvolvimento de lesões cáries.

Figura 8 – Hiperplasia gengival dilantínica.



Para refletir e conhecer...

Você conhece e já leu as informações sobre os medicamentos da farmácia do SUS, para tratamentos de hipertensão, artrite ou reumatismo, doenças do coração, diabetes, asma ou bronquite e doença renal crônica? Faça uma visita à farmácia da sua unidade de saúde, verifique que medicamentos são mais prescritos para essas doenças e pesquise sobre possíveis manifestações bucais. Como fonte de consulta, use a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2002).

Além da questão medicamentosa, outro ponto importante para a saúde do idoso é a escolha dos alimentos, pois esta é influenciada pela capacidade mastigatória do idoso. Orientações nutricionais e dietéticas devem, portanto, considerar a capacidade mastigatória e, no caso de comprometimento funcional, será necessária a reabilitação. A relação da dieta com a saúde bucal é uma via de mão dupla, ou seja, a dieta pode afetar a saúde bucal e esta pode provocar mudanças nos padrões alimentares, com repercussões na saúde geral do idoso. O controle da sacarose, considerando a abordagem de risco comum, será benéfico, não só para o controle da cárie dentária, mas também para riscos de obesidade e diabetes.

O controle da placa bacteriana, nos idosos **dependentes**, é um problema que demanda participação criativa por parte da equipe. Idosos dependentes e semidependentes constituem subgrupos que são, muitas vezes, incapazes dos autocuidados bucais, necessitando, assim, de suporte para esta atividade. Adaptações dos dispositivos de higiene bucal, como os vistos na figura 6, muitas vezes reabilitam os idosos para as ADHBs, promovendo sua autonomia em relação a estas atividades.

Seção 6

Planejamento em saúde bucal

No módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), você aprendeu a importância do planejamento e teve a oportunidade de conhecer as estratégias para realizar um planejamento estratégico situacional. Nesta seção será discutido o planejamento das ações básicas de saúde para o idoso, na perspectiva da rede de atenção ao idoso.

Ao final desta seção espera-se que você seja capaz de:

Organizar uma proposta de planejamento, considerando a capacidade funcional dos idosos da sua área de abrangência.

Parte 1

Planejamento da atenção à saúde bucal do idoso

Aspectos gerais

Se a atenção ao idoso ainda não é uma realidade na atenção primária de seu município ou UBS, agora você terá a oportunidade de organizar uma proposta de atendimento!

Antes de fazer uma proposta de planejamento, consulte os sites da Secretaria de Estado da Saúde-MG e do Ministério da Saúde. Para acessar a LINHA GUIA da Secretaria de Estado da Saúde-MG “Atenção em Saúde Bucal” Belo Horizonte-MG, 2006, consulte www.saude.gov.mg.br. Para acessar o volume 17, “CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA”, do Ministério da Saúde, 2006, consulte www.saude.gov.br/bucal e www.saude.gov.br.

Estes textos encontram-se na Biblioteca virtual do curso e você irá encontrar orientações e subsídios para o planejamento da saúde bucal do idoso.

No planejamento da organização da atenção ao idoso no seu município, alguns aspectos são fundamentais para garantir a universalização da atenção:

- Idosos independentes constituem a maioria da população de idosos (IBGE, 2008).
- No Brasil 2,5 milhões de idosos vivem em situação de pobreza e, em Minas Gerais, 265 mil. Existem mais idosas do que idosos na cidade e mais idosos no campo. Esses números resultam da migração rural/urbana. Mais da metade dos idosos das áreas rurais não possuem instrução ou tem menos de um ano de estudo (IBGE, 2008).
- No planejamento de atenção básica e de promoção de saúde devem ser incluídas as repercussões odontológicas de doenças sistêmicas como diabetes, hipertensão, demências, etilismo, fumo e exposição prolongada ao sol, pois essas doenças e comportamentos possuem repercussões na

saúde bucal dos idosos.

- Na atenção básica devem ser garantidas as ações voltadas para a o tratamento clínico das condições mais prevalentes no idoso, como cárie de raiz, xerostomia, doença periodontal e halitose.
- Os Centros de Referência do Idoso devem possuir, em seu quadro, cirurgiões-dentistas especializados na área de odontogeriatrics para atendimento em nível hospitalar (uso de sedação ou anestesia geral) dos casos referenciados.
- Indicadores para a Vigilância Epidemiológica e a periodicidade em que cada indicador é avaliado é uma decisão do serviço e da equipe de saúde local; podem ser considerados como indicadores o número de idosos que possuem prótese e o número de idosos com dentes restaurados e com prótese.

Na etapa de diagnóstico, é essencial conhecer as necessidades em saúde bucal dos idosos da sua área de abrangência. Para tanto, considere os dados do Projeto SB Brasil 2010, para os idosos de 60 a 74 anos, comentados na seção 3 e os que você encontrou na atividade 2. Certamente você percebeu que a exemplo dos resultados do Projeto SB Brasil, na sua área de abrangência as perdas dentárias constituem o principal problema de saúde bucal dos idosos. A preservação dos elementos dentários dos pacientes idosos constitui, portanto o principal objetivo para este grupo. O planejamento de saúde bucal deve considerar como meta a proposta da OMS para 2010, que é de 90% das pessoas apresentarem 20 ou mais dentes na cavidade bucal (com tolerância de até 5%).

Considerando os dados relativos ao edentulismo e a necessidade de próteses entre os idosos, será muito útil o levantamento que você fez na atividade 3 deste caderno de estudo – existência de Laboratório Regional de Prótese Dentária e Centro de Referência no seu município ou nos municípios vizinhos. Além disso, é importante incluir no planejamento – etapa de diagnóstico – as informações relativas a equipamentos sociais como asilos, grupos de idosos, pacientes acamados no domicílio ou hospitalizados, idosos totalmente dependentes e sem suporte social e familiar, pois estes podem demandar programas específicos. Já os idosos independentes devem ter seu atendimento garantido na UBS.

A análise das ações de recuperação e promoção da saúde realizadas na UBS onde você atua vai compor o seu diagnóstico. Para isso, observe como é a porta de entrada dos usuários na UBS, ou seja, como os idosos chegam até a UBS. É por meio de busca ativa em visitas feitas pelos

Agentes Comunitários de Saúde? Por demanda espontânea? Por vínculo a programas, como grupos de hipertensos, diabéticos, terceira idade ou outros?

Você e sua equipe deverão estabelecer critérios para o atendimento. Para tanto, considere que idosos institucionalizados têm prioridade. Além do edentulismo, considere as condições bucais mais prevalentes e de mais gravidade: o idoso constitui um grupo de risco para o câncer; portanto, no planejamento, você deve organizar programas direcionados à prevenção contra essa doença. A tabela 5 pode orientá-lo quanto às doenças e condições mais comuns ao idoso.

Tabela 5 . Doenças e condições bucais mais comuns no idoso

Doenças bucais mais prevalentes	Condições bucais mais comuns
Doença periodontal	Abrasão/erosão/halitose
Câncer bucal	Dificuldade de higienização/mastigação
Cárie de raiz	Necessidade de prótese
Lesões de tecido mole	Edentulismo/xerostomia

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Idoso - Linha Guia, 2006.

Na busca ativa, diferenciar lesões associadas ao envelhecimento (senescência) – como os grânulos de Fordyce (Figura 9) e as lesões associadas ao uso de próteses – como as hiperplasias inflamatórias (Figura 10) – das alterações patogênicas (senilidade), como as leucoplasias (Figura 11).

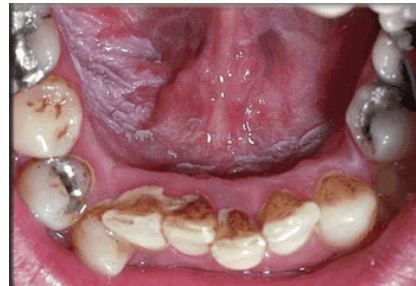
Figura 9 - Grânulos de Fordyce.



Figura 10 - Hiperplasia Inflamatória do rebordo alveolar superior.



Figura 11 - Leucoplasia.



É importante garantir o acesso de todos ao serviço odontológico, incluídos os residentes em zona rural, os restritos ao domicílio e os residentes em instituições de longa permanência.

Em função do perfil epidemiológico do idoso, é de fundamental im-

Para saber mais...

Consulte a Linha Guia da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, *Atenção ao Idoso*, 2006, para construir uma rede de atenção ao idoso.

portância estabelecer a referência e contrarreferência da atenção odontológica. Na consecução desse passo é necessário que o serviço ofereça ações de atenção básica ao idoso.

Outro aspecto que você deve considerar é a elaboração de protocolos de atendimento que contemplem o tipo de procedimento e as ações de promoção de saúde a serem realizadas, identificando o papel da equipe de saúde e dos cuidadores na atenção ao idoso.

Além dos textos oficiais já recomendados na seção 6 parte 1, leia também no site do Ministério da Saúde os CADERNOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA nº 28 e 29, que tratam dos temas Atenção à demanda espontânea na APS e Rastreamento, respectivamente. No Caderno nº 28 consulte o tópico 4.21 - Urgências Odontológicas, das páginas 220 a 231; e no Caderno nº 29 leia o tópico 9.6 das páginas 79 a 81.

Esses dois Cadernos irão instrumentalizá-lo para definir os vários tipos de urgências odontológicas e, a partir disso, você poderá estabelecer um fluxo para o atendimento desses casos. São, ainda, uma orientação sobre como rastrear as principais doenças crônicas que acometem os idosos.

Parte 2

Planejamento das ações de promoção de saúde

Um novo paradigma, com ênfase nas políticas públicas e promoção de saúde, tem sido adotado como forma de reduzir as diferenças nos níveis de saúde das populações. As desigualdades sociais têm sido abordadas com base em três teorias: curso de vida, modelo salutogênico e capital social.

- Na teoria do **curso de vida**, há uma interação entre o risco biológico e fatores sociais e psicológicos para o desenvolvimento de doenças crônicas ao longo da vida, de forma que a condição atual de saúde é o reflexo da posição social passada do indivíduo.
- Para o **modelo salutogênico**, a condição de saúde é o resultado de como a pessoa lida com os fatores estressantes do dia-a-dia.
- O **modelo do capital social** está relacionado às redes de apoio e suporte social envolvendo cidadania, confiança, cooperação e envolvimento social (WATTS, 2002).

O quadro epidemiológico de saúde que você viu na seção 1 é decorrente da política de saúde bucal que vigorou durante muitos anos no Brasil. Essa política era centrada nos procedimentos cirúrgico-restauradores, com ênfase no biologicismo, com abordagem verticalizada, pouco participativa e punitiva. Nesse contexto, era atribuída ao indivíduo a culpa pela perda de elementos dentários. Toda abordagem nos programas educativos era focada na culpabilização e nos determinantes biológicos. Essa política favoreceu o desenvolvimento de programas (sistema incremental) direcionados somente ao escolar, excluindo da organização dos serviços de saúde bucal a população idosa, que era considerada a “geração perdida” .

O cirurgião-dentista deve atuar pela participação da odontologia em ações intersetoriais de promoção de saúde, pois a saúde bucal não está descontextualizada da saúde geral e o que se almeja são a qualidade de

Para refletir...

No atual paradigma de promoção, é inadmissível uma política de saúde excludente em relação a determinados grupos etários. Uma política de saúde baseada na confiança, na cooperação, na participação social e em redes de apoio favorece a inclusão do idoso como cidadão, com direito aos serviços de saúde bucal.

vida e a autoestima do idoso. Estudos mostram associação entre doença periodontal e doença cardiovascular, pneumonia de aspiração e condição nutricional. Todas essas condições que afetam o idoso devem ser trabalhadas numa abordagem interdisciplinar e intersetorial. O enfoque odontológico em campanhas antitabagismo, de uso de protetores solares, de controle de peso de campanhas de vacinação, de prevenção contra câncer ainda é pouco explorado pelos profissionais de saúde, pois os problemas bucais associados a estes fatores de risco, como o câncer bucal, normalmente não são contemplados.

O câncer bucal tem impacto nos índices de mortalidade geral, pois pode ser letal. Considerando o idoso como grupo etário de risco para o desenvolvimento de câncer bucal, as ações dirigidas à prevenção contra essa doença devem ser rotina na UBS. Os idosos devem ser estimulados a receber orientações para o autoexame bucal. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), idosos tabagistas e etilistas são um grupo eletivo para participar de exames anuais na detecção precoce e prevenção contra essa doença.

Fique atento! Não perca a oportunidade!

Na campanha de vacinação contra a gripe para os idosos, você pode introduzir como rotina o exame para detecção de lesões de mucosa e prevenção contra o câncer bucal. Você pode utilizar como guia neste trabalho, a Ficha de Campo da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, seção 3 - atividade 3 - Lesões de Mucosa. Lembre-se que os casos suspeitos necessitam de encaminhamento para um Centro Especializado de Referência. Portanto, procure saber com antecedência como e para onde você poderá realizar esse encaminhamento.

Você viu que uma das recomendações do INCA para a prevenção contra o câncer é dieta saudável rica em frutas e verduras. A extração dos elementos dentários pode ser causa de mudanças dietéticas e má-nutrição entre os idosos. O envelhecimento parece estar associado à redução na capacidade de modular de modo apropriado a ingesta alimentar para atender à necessidade de energia. Entre as causas da anorexia do envelhecimento está a dentição precária.

Resumindo...

Quanto à promoção de saúde bucal para o idoso, você deve:

1. Organizar ações direcionadas a idosos institucionalizados, idosos não-institucionalizados que participam de grupos de convivência (grupos de hipertensos, terceira idade, diabéticos, etc.), esclarecendo-os do direito à saúde bucal e de sua importância para a saúde geral e qualidade de vida.

Discutir, ainda, os fatores de risco para a saúde bucal;

2. Organizar ações direcionadas a coordenadores de instituições, rede de suporte e cuidadores, esclarecendo-os da necessidade de a instituição facilitar a promoção de saúde bucal, a partir da adequação da dieta, da oferta de produtos para os autocuidados bucais, do desestímulo ao fumo como fator de risco comum para várias doenças, da adequação de banheiros, da construção de rampas de acesso, de atividades de lazer e caminhadas, etc. Orientar, ainda, quanto à necessidade de reivindicar, junto à secretária municipal de saúde, o atendimento às necessidades odontológicas dos idosos, inclusive o atendimento domiciliar previsto no Estatuto do Idoso;

3. Organizar campanhas anuais de prevenção contra o câncer bucal – preferencialmente coincidindo com a campanha de vacinação contra gripe; em municípios pequenos, a capacitação da ACS para participar dessa campanha pode ser uma boa alternativa;

4. Estabelecer estratégia de atendimento para idosos acamados, inclusive os que vivem na zona rural;

5. Consultar o documento sobre a Política Nacional de Promoção de Saúde do Ministério da Saúde. Acesse:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>

6. Organizar programas de radiofonia dirigidos à saúde bucal da população idosa.

Parte 3

Planejamento da atenção às necessidades de saúde bucal do idoso

Para o Planejamento às necessidades em saúde bucal do idoso, volte a Atividade 3 na qual você avaliou 15 idosos quanto à capacidade para: as AVDs, AIVD e ADHB. Você deve ter observado que alguns possuem incapacidades que podem torna-los restritos ao domicílio. Portanto, no planejamento da atenção você terá de pensar estratégias que favoreçam o acesso desse grupo aos serviços de saúde bucal.

Na avaliação clínica do idoso, sua fisionomia pode revelar alterações bucais, como perda de dimensão vertical, protrusão do mento e aprofundamento do sulco nasolabial por falta de suporte labial devido à perda de elementos dentários. A observação dessas características trará informações quanto à necessidade de próteses e/ou manutenção corretiva das mesmas. Você pode verificar na Figura 12 essas características.

Figura 12 - Idosa com alterações faciais decorrentes de perdas dentárias.



O Agente Comunitário de Saúde/ACS, treinado pelo cirurgião dentista, pode contribuir no pré-diagnóstico de alterações da fisionomia do idoso que estão relacionadas às suas condições bucais. Para tanto, além do treinamento é importante que o ACS disponha de um instrumento de avaliação bucal válido com boa sensibilidade e especificidade para a execução do pré-diagnóstico, indicado especialmente para idosos restritos ao domicílio.

Um instrumento que você poderá utilizar para realizar o treinamento dos ACS no pré-diagnóstico de problemas bucais é o Guia de Avaliação Bucal Revisado, veja no Anexo B ao final do módulo.

A anamnese deve conter identificação do paciente, queixa principal, história médica (doenças sistêmicas, uso de medicamentos, profissional médico de referência), local de residência, suporte social, cuidadores, capacidade funcional para as atividades da vida diária e para higiene bucal (AVD e ADHB) e exame clínico bucal. Para avaliação da capacidade para as AVDs e ADHBs, você utilizará os índices de Katz e Bauer apresentados na seção 4, partes 1 e 2.

No exame clínico intrabucal, detecção de lesões de cárie, restaurações e extrações devem ser feitas utilizando o espelho, sonda exploradora de ponta romba e iluminação, para registro da condição observada, utiliza-se o índice CPOD. A condição periodontal devem ser feitas pelo índice periodontal comunitário (IPC) (lembrando que a avaliação de sextantes que apresentem somente um elemento dentário deve ser realizada nos casos em que o dente servirá como pilar de próteses), pelo Índice de Placa Visível (IPV), pelas lesões de mucosa e pela presença/ausência de prótese.

O IPV é calculado considerando a presença ou ausência de placa bacteriana sobre as superfícies vestibulares e linguais/palatinas. Cada superfície examinada receberá o escore 1 ou 0, para presença ou ausência de placa, respectivamente. A soma da pontuação de todas as superfícies com placa é dividida pelo total de superfícies avaliadas.

Após a avaliação clínica odontológica do idoso, pelo cirurgião dentista, é fundamental registrar na sua Caderneta de Saúde as condições encontradas, para que os profissionais da equipe multidisciplinar possam identificar problemas bucais que podem comprometer a saúde do idoso. A Caderneta é um importante instrumento de integralidade e interdisciplinaridade na atenção ao idoso.

Idosos com doenças sistêmicas requerem abordagem interdisciplinar envolvendo o médico, o enfermeiro, agente comunitário de saúde e outros

profissionais da equipe de Saúde da Família. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) já é uma realidade em vários municípios, planejar em conjunto é uma boa estratégia. Em alguns casos, é necessária avaliação por essa equipe, para que o idoso possa ser submetido a tratamentos invasivos.

Lembre-se...

No planejamento da atenção em saúde bucal devem-se sempre considerar a condição funcional e o local de residência do idoso. A condição funcional terá implicações na determinação das doenças bucais; e o local de residência nos dirá sobre o acesso aos serviços de saúde. O planejamento individual do atendimento é influenciado por esses dois fatores. Assim, no seu planejamento, você deve considerá-los, de forma a possibilitar atenção integral.

Os procedimentos clínicos também deverão ser planejados considerando o nível de dependência do paciente. Entre os totalmente dependentes deve-se optar por procedimentos que visem ao controle da infecção e da dor. Nesta situação são priorizadas técnicas não-invasivas como o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) e controle frequente de higiene bucal e dieta. Especialmente na atenção a idosos acamados, com problemas neuropsíquicos, residentes em instituições asilares ou zona rural, o ART demonstra ótima resolutividade e baixo custo.

A presença de restaurações plásticas – amálgamas e/ou resinas – é um reflexo da experiência anterior de cárie do paciente. Ao considerar que, durante muitos anos, o tratamento restaurador foi o tratamento eletivo, a experiência passada de cárie dentária dos indivíduos que tiveram acesso a tratamento será detectada pela existência de dentes obturados. No planejamento, restaurações preexistentes devem ser avaliadas quanto à necessidade de repolimento, re-contorno, reparo e à detecção de cárie secundária. Diante da indicação de troca de uma restauração plástica, a possibilidade de reparo deve ser considerada, por ser alternativa mais conservadora e de reduzido custo para o serviço, especialmente em indivíduos que apresentem restaurações complexas.

No tratamento de lesões de cárie cervicais, que não interfiram na estética, materiais restauradores preventivos são a primeira escolha, especialmente para os pacientes dependentes, com comprometimento de ADHB. Em situações em que haja comprometimento estético, as resinas de micropartículas devem ser utilizadas, pois possuem menor módulo de elasticidade e produzem superfícies com mais lisura superficial.

A orientação sobre higiene bucal independente da presença de elementos dentários naturais e reabilitações protéticas.

Idosos desdentados que não fazem uso de próteses devem ter a cavidade bucal higienizada regularmente, por meio de bochechos com água, antissépticos bucais e dispositivos de higiene adaptados. Para os idosos dentados, deve-se optar por escovas de dente macias com cerdas arredondadas e cabo reto com adaptador ou não. A partir dos dados do IPV, se necessário orientar o paciente em relação a adaptações na técnica/dispositivos de escovação. **O importante é que o idoso consiga manter adequado nível de higiene bucal, sem causar comprometimento dos tecidos moles e abrasão ou erosão dos dentes remanescentes, independentemente da técnica utilizada.** Para a higienização das próteses utilizar escovas duras com pasta dental não-abrasiva para não desgastar ou arranhar a prótese.

Outra condição comum em pacientes idosos, a xerostomia, deve ser considerada no planejamento integral, em função do impacto que apresenta para a saúde bucal (cárie, candidose, fissura labial) e qualidade de vida do idoso. Destacamos que, em determinadas situações, o idoso pode apresentar o sintoma, independentemente de redução no fluxo salivar, levando a problemas como a síndrome da ardência bucal. Portanto, a avaliação do fluxo salivar deve ser uma rotina no planejamento dos pacientes idosos. A técnica tradicional de sialometria, na qual se solicita ao usuário que masque parafina para avaliação do fluxo salivar estimulado, é de difícil execução para o idoso, devido a extensas perdas dentárias, uso de próteses, tempo e dificuldade de execução. Uma alternativa à técnica de sialometria tradicional consiste na fricção do espelho na mucosa jugal do paciente. Nos pacientes com redução no fluxo salivar, a mucosa apresentará resistência ao deslocamento do espelho.

No tratamento da xerostomia, uma vez que a saliva artificial não é fornecida pela farmácia do SUS, orientar o paciente a estimular o fluxo salivar, bebendo mais água. Quanto à dieta, indica-se o consumo de alimentos duros (cenoura, queijo curado) e contendo mais quantidade de água, assim como o uso de solução de água com limão para bochecho, chicletes sem açúcar ou com xilitol. Considerando o alto consumo de medicamentos pelos idosos, a opção por tratamentos não farmacológicos é a primeira indicação. Casos mais graves, que não respondam a esse tipo de terapia, podem ser resolvidos com o uso de medicamento sialagogo (pilocarpina 5mg, quatro vezes ao dia) por curto período de tempo, pois podem causar reações adversas como diarreia, cefaleia e sudorese.

Lembre-se...

No caso de prescrição de medicamentos é de fundamental importância a interação cirurgião-dentista/médico, a fim de evitarem-se iatrogenias medicamentosas! É importante considerar também a abordagem interdisciplinar do problema, pois em grande parte dos casos a causa da xerostomia está associada ao uso de medicamentos. Nessas situações, o médico pode avaliar a possibilidade de troca da medicação.

Como visto na Tabela 5, a halitose é problema comum entre os idosos. Em determinados casos, essa alteração pode estar relacionada à xerostomia, já descrita. Outras causas da halitose são: depósito de placa bacteriana no dorso da língua, doença periodontal, consumo de determinados alimentos (álcool, alho, cebola, pimenta, café), doenças sistêmicas (cirrose, diabetes, alergias, entre outras), fumo, álcool, longos períodos em jejum e problemas nas vias aéreas. O tratamento desta condição consiste no estímulo do fluxo salivar e, para isto, devem-se adotar as recomendações descritas para xerostomia. As outras indicações terapêuticas são: tratamento de condições periodontais, higienização da língua, uso de soluções antimicrobianas e mudanças na dieta.

Em relação às orientações sobre a dieta, deve-se levar em consideração a abordagem de risco comum sobre as doenças. Lembre-se, a sacarose é fator de risco comum para doenças crônico-degenerativas e não somente as bucais. Além desse aspecto, deve-se observar se a dieta que o idoso consome atende às necessidades nutricionais básicas, ou seja, se não está carente e em risco de induzir deficiências, como as de ferro, cálcio e vitaminas.

Nesta perspectiva de integralidade da atenção à saúde bucal do idoso, devem ser referenciados os pacientes com necessidade (normativa e/ou autopercebida) de próteses – se não confeccionadas na atenção básica –, após a conclusão de seu tratamento nesse nível de atenção. Portanto, a integração com os níveis secundários e terciários de atenção (LRPD/ Centros de Referência) é essencial. O encaminhamento dos idosos, com necessidades não atendidas na atenção básica e na atenção domiciliar devem ser encaminhados para os Centros de Referência do idoso e hospitais. Esses outros níveis de referência fazem parte da Rede de Atenção ao Idoso e se constituem em importantes pontos de atenção ao idoso. Veja na Biblioteca Virtual do curso o Texto do Ministério da Saúde “Redes Estaduais de Atenção a Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas”.

Para saber mais...

Acesse o site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Edgar_Brasilia_6_6_2011.pdf para leitura complementar sobre o tema.



Atividade 5

Faça um planejamento inicial para o idoso da sua área de abrangência, considerando sua capacidade funcional e suas condições de saúde bucal.

Nesta atividade você deverá planejar o atendimento odontológico prevendo ações clínicas, de promoção de saúde, de acolhimento, de atenção integral aos idosos de sua área de abrangência, considerando as especificidades dos diferentes subgrupos: idosos independentes, semidependentes e independentes, idosos jovens e muito velhos (com 80 anos ou mais).

Para os idosos com acesso aos serviços de saúde, o planejamento deve descrever os recursos para a realização das atividades de atenção primária e secundária. Em geral, os municípios apresentam boa resolutividade em atenção primária. O desafio no planejamento é a inclusão da atenção secundária, pois de acordo com os dados epidemiológicos os idosos apresentam elevado percentual de necessidades nesse nível de atenção (especialmente próteses). No caso da inexistência desses últimos, você deverá saber referenciar e contrarreferenciar as necessidades dos idosos.

Idosos semidependentes, dependentes e institucionalizados necessitam de atenção domiciliar. O planejamento deve apresentar proposta para execução dessa modalidade de atendimento odontológico (equipamento móvel, uso de técnicas não invasivas, como ART, entre outros).

Se necessário, volte e consulte o Caderno 17 Saúde Bucal e os Cadernos 28 e 29 do Ministério da Saúde, bem como a Linha Guia da Secretaria de Estado da Saúde-MG, já citados neste módulo, na seção 6, parte 1.

Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Considerações Finais

Considerações finais

Estamos vivendo um importante processo de mudança na estrutura etária da população. Esse processo é considerado a maior conquista da humanidade e representa um desafio em relação à atenção à saúde bucal. Quanto às gerações que atingem esse patamar, toda uma nova forma de atenção à saúde bucal é necessária.

Observa-se precária condição de saúde bucal nesse grupo populacional, devido à prática de extrações dentárias ao longo da vida.

Os idosos hoje apresentam elevados percentuais de edentulismo e de necessidade de reabilitação protética como resultado final do processo mutilatório que ocorreu durante seu curso de vida.

É necessário que se pense na atenção básica um modelo de atenção ao idoso que seja interdisciplinar, integral, que considere os dados epidemiológicos, o diagnóstico precoce como forma de evitar a sobrecarga, de consultas e indicação de medicamentos, no sistema de saúde. Além disso, que inclua o monitoramento das condições de saúde do idoso, a avaliação funcional e a construção de um fluxo de ações de educação, promoção e prevenção de doenças evitáveis e reabilitação de agravos.

Sugerimos que você leia, para complementar o que estudamos neste módulo e ampliar os seus conhecimentos, os Módulos Saúde do Idoso (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009) e Saúde da Mulher (COELHO; PORTO, 2009). Assim, consolidados conceitos importantes, você estará mais bem preparado para a elaboração de uma proposta de atenção ao idoso da sua área de abrangência.

Referências

Referências

Leituras obrigatórias

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde bucal/Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. – Brasília: MS, 2006, **Caderno de Atenção Básica**, número 17, Saúde Bucal, 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde bucal/Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde Brasília:DF. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**, 92 p., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. . Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde bucal/Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde Brasília:DF **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais, 52p, 2004.**

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

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI**. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. p.17-92.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado da Saúde. Atenção a Saúde do Idoso**, Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MINAS GERAIS. **Secretaria Estadual de saúde**. Atenção em Saúde Bucal. (Linha Guia) SAS/MG, 2006, 290 p

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal . **Guia de Auto Exame**, [2009]. Disponível em: <<http://portal.prefeitura>.

sp.gov.br/secretaria/saúde/bucal/0005>. Acesso em: 15 jul. de 2009.

Leituras recomendadas

A BALADA de Narayama. Direção: Shohei Yamamura. Japão: Platina filmes, 1983. DVD (123 min.) color., legendado.

ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**, v. 54. n. 11, p. 680-87, 1990.

BARBATO, P. R. *et al.* Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: an analysis of the Brazilian Oral Health Survey, 2002-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1803-1814, 2007.

BAUER, J. G. The index ADOH: concept of measuring self care functioning the elderly. **Special care dentistry** v. 21, p. 63-67, 2001.

BRASIL. Lei 10.741. Dispõe sobre o estatuto do idoso e da outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 22 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, 1988, 137p. (Série C. Estudos e Projetos, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência a Saúde**, 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 mai. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406>. Acesso em: 27 mai. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 2 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde Bucal**. Brasília: MS, **Caderno de Atenção Básica**, 172006. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. 3. ed. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nac_med_essenciais.pdf>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. **Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências, [1999]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2011.

CAMPOS, C. C. de.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010. 114p.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.5, p.454-460, out. 1999.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. p. 115.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, 2002.

DOLL J.; GORZONE, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010. 68p.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de Trabalho em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2009. 68p.

FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). Working Group 5. Oral Needs of the Elderly. Commission on Oral Health, **Research and Epidemiology**, Amsterdam, 1987. (mimeografado).

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D. Parâmetros Clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla 2006. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p.900-909, 2006.

A técnica ART – passo a passo. In: FRENCKEN, J. E.; HOLMGREN, C. Tratamento Restaurador Atraumático (ART) para a cárie dentária. São Paulo: Santos, 2001. cap. 4, p. 41-54.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico**, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=12338> Acesso em : 21 set. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Câncer de Boca**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324>. Acesso em: 22 set. 2009.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.499-514.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n.19, p. 735-743, mai. /jun. 2003.

NAUNFTOFE, B. B. *et al.* Secreção e composição da saliva In: FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie dentária a doença e seu tratamento clínico**. São Paulo: Santos, 2005. cap. 2, p. 7-26.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Active ageing – a police framework 2002**. Disponível em: < http://whglibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.PDF>. Acesso em: 15 jul. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **El éxito en la lucha contra las enfermedades infecciosas y el envejecimiento de la población modifican el perfil epidemiológico mundial de la ceguera, 2004**. Disponível em: <<http://who.int/mediacentre/news/notes/2004/hp27/es/>> Acesso em: 15 mai. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: manual de instruções**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999. 53 p.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, L. (coord). **ABOPREV promoção de Saúde Bucal** . 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. cap. 2, p.27-41.

PINTO, V. G. Saúde bucal na terceira idade. **Revista Gaúcha de Odontologia**. v.41, n.2, p.97-102, mar./abr. 1993.

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

RIBEIRO, M. T. F. *et al.* Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, p. 1285-1292, ago. 2008.

RIBEIRO, M. T. F. **Determinação da validade e reprodutividade de um instrumento de avaliação odontológica em idosos aplicado por Agentes Comunitários de Saúde**. Tese Doutorado Faculdade de Odontologia, UFMG, 125 p., 2012.

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R.C.; VARGAS,A.M.D.; FERREIRA, E.F. Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by Community Health Workers . *Gerodontology* (no prelo).

Scelza M, Pierro V, Scelza P, Zaccarro M, Rodrigues C. Status protético e alterações bucais dos pacientes do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. **Rev Bras Odontol**. 2003;60(5):310-3.

WATTS, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** . London, v. 30, n. 24, 2002.

APÊNDICE

Apêndice A – Sugestão de ficha clínica para o atendimento odontológico

Nome	
Idade	
Profissão	
Endereço Telefone	
Problemas sistêmicos	
Medicamentos em uso	
Condição funcional	
Dependência para higiene bucal	
Pontuação/Pontuação	
GOHAI	
KATZ	
AVD:	
Cuidadores orientados quanto à higiene bucal em	
Cuidadores Nova orientação em	
Referências / Equipe de Saúde	

Elementos dentários presentes	
Tratamento a ser executado	

Exame dos dentes

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
S																
I																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Coloque na casela se o dente é Cariado (C) Perdido (P) ou Obturado (O).

Legenda: S – Superior I – Inferior

Exame do periodonto

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
M																	M
D																	D
V																	V
L																	L
M																	M
D																	D
V																	V
L																	L
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Legenda: M – Mesial / D – Distal / V – Vestibular /L – Lingual ou palatina

Índice de Placa Visível - IPV (inicial):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Exame das lesões de mucosa

LOCAL DAS LESÕES DE MUCOSA	Presente	Ausente
Lábio inferior		
Lábio superior		
Comissura labial		
Mucosa jugal		
Língua		
Gengiva/rebordo alveolar		
Assoalho da boca		
Palato		
Orofaringe		
Fundo de saco de vestibulo		
Trígono retro-molar		

Exame da existência de prótese no idoso

Presente ()	Ausente ()	Necessita ()

ANEXOS

Anexo A – Classificação das lesões cancerizáveis e câncer de boca



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE ESTADO EM SAÚDE

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DO CÂNCER E SEUS FATORES DE RISCO

SB-2000 AÇÃO COMPLEMENTAR - PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO

LESÕES CANCERIZÁVEIS E CÂNCER DA BOCA - MINAS GERAIS

(POPULAÇÃO: 35-44 E 65-74 ANOS) - Ficha de Campo

<p>1 - Mácula</p>  <p>Lesão plana localizada apresentando apenas alteração da coloração normal da mucosa.</p>	<p>2 - Placa</p>  <p>Elevação da superfície da mucosa com alteração da coloração e que não se desprende à raspagem.</p>	<p>3 - Pápula</p>  <p>Elevação circunscrita apresentando até 3mm de diâmetro com conteúdo sólido.</p>	<p>4 - Nódulo</p>  <p>Elevação circunscrita maior que 3mm de diâmetro com conteúdo sólido.</p>
<p>5 - Vesícula</p>  <p>Elevação circunscrita apresentando até 3mm de diâmetro com conteúdo líquido no seu interior.</p>	<p>6 - Bolha</p>  <p>Elevação circunscrita maior que 3mm de diâmetro com conteúdo líquido no seu interior.</p>	<p>7 - Erosão</p>  <p>Descamação superficial do tecido epitelial da mucosa bucal sem exposição do tecido conjuntivo.</p>	<p>8 - Úlcera</p>  <p>Rompimento do tecido epitelial da mucosa bucal com exposição do tecido conjuntivo, tornando esta lesão extremamente dolorosa e com tendência a sangramento.</p>
<p>9 - Vegetante</p>  <p>Lesão elevada sólida exofítica de superfície rugosa, úmida ou seca. Pode apresentar consistência mole ou firme.</p>	<p>10 - Fistula</p>  <p>Conduto patológico, estreito e alongado, que comunica uma superfície mucosa ou cutânea com um órgão interno, dando passagem a um conteúdo líquido ou purulento.</p>	<p>11 - Fissura</p>  <p>É uma úlcera retilínea, apresentando as mesmas características da úlcera.</p>	<p>12 - Pseudomembrana</p>  <p>Formação de tecido destacável sobre uma superfície de erosiva ou ulcerada da mucosa bucal. Sua origem é a coagulação do plasma formando uma rede de fibrina e restos de epitélio necrótico.</p>
<p>13 - Crosta</p>  <p>É o ressecamento de um conteúdo líquido em lesões de pele.</p>	<p>14 - Hiperplástica</p>  <p>Lesão de crescimento exofítico sésil ou pediculada.</p>	<p>0 - Não se aplica (sem lesão)</p> 	

Anexo B – Guia de Avaliação Bucal Revisado

Categoria	Gradação numérica e descritiva (nota)		
	1	2	3
Voz	Normal	Difícil de entender ou áspera	Dificuldade ou dor ao falar
Lábios	Liso e rosa	Seca ou rachada e/ou queilite angular	Ulcerada ou sangrante
Saliva (espelho) Lado: ()D ()E	Sem resistência entre o espelho bucal e a mucosa	Resistência levemente aumentada, sem propensão de o espelho aderir à mucosa	Resistência aumentada significativamente, o espelho adere ou tem propensão de aderir à mucosa
Deglutição	Deglutição normal	Alguma dor ou dificuldade de deglutir	Incapaz de deglutir
Hora de tirar a prótese, quando o idoso estiver usando			
Membrana mucosa	Rosa e úmida	Seca e/ou mudança de cor, vermelha, vermelho-azulada ou branca	Muito vermelha, ou grossa, membrana branca bolha ou úlcera com ou sem sangramento
Línguas	Rosa e úmida Presença de papila	Seca, sem papila presente ou alteração de cor, vermelha ou branca	Muito grossa membrana branca Bolhas ou úlceras
Gengivas	Rosa e rígida	Edematosa e/ou vermelha	Sangramento fácil sob pressão digital
Dentes/ dentaduras	Limpos, sem plac	Placa ou restos de alimentos em áreas localizadas Dentes com cárie ou dentaduras danificadas ou com câmara de sucção	Placa ou acúmulo de alimentos ou cáries generalizados

Fonte: RIBEIRO, M.T.F. Determinação da validade e reprodutividade de um instrumento de avaliação odontológica em idosos aplicado por Agentes Comunitários de Saúde. Tese de Doutorado, Faculdade de Odontologia UFMG, 125p. 2012.

Apoio



Ministério da Educação



Ministério da Saúde



Realização

