

ANA PAULA VIANNA SIMONASSI GONÇALVES

**A IMPORTÂNCIA DA PRÓTESE DENTÁRIA PARA
IDOSOS**

Teófilo Otoni/MG
2011

ANA PAULA VIANNA SIMONASSI GONÇALVES

A IMPORTÂNCIA DA PRÓTESE DENTÁRIA PARA IDOSOS

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

Orientadora: Andréa Maria Duarte
Vargas

Teófilo Otoni/MG
2011

ANA PAULA VIANNA SIMONASSI GONÇALVES

A IMPORTÂNCIA DA PRÓTESE DENTÁRIA PARA IDOSOS

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

Aprovada em 11 de julho de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Andréa Maria Duarte Vargas
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (orientadora)

Professor (a) Eulita Maria Barcelos
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus pela oportunidade de realizar esse estudo;

Agradeço o incentivo e força dos meus pais nesse empreendimento;

Agradeço ao meu esposo e filhas por não me deixarem desanimar nos momentos difíceis; e aos idosos da Unidade Vida e Saúde, sem o qual seria impossível a realização desse trabalho.

“A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca e que esquivando-nos do sofrimento, perdemos também a felicidade. A dor é inevitável. O sofrimento é opcional”.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O estudo tem por objetivo abordar a importância da prótese dentária para idosos. Os objetivos específicos compreendem: verificar a atribuição da saúde bucal nas UBS; analisar a relevância da prevenção e atendimento na saúde bucal dos idosos e destacar a importância da prótese dentária em idosos. Para atender ao objetivo proposto, a pesquisa se constituiu de um estudo bibliográfico e documental. O envelhecimento populacional aumenta a ocorrência de problemas de saúde, como: as más condições de saúde bucal, que podem estar relacionadas a outros problemas de ordem nutricional e cardiovascular, entre outros. O uso de próteses dentárias é um fator de risco para a saúde bucal do idoso, portanto, se não for adequadamente confeccionada e não apresentar uma boa adaptação se faz relevante observar a conservação, higienização, tempo de uso da prótese e acompanhamento profissional. Sendo necessária a realização de controles contínuos do paciente pós-colocação e fornecer instruções quanto aos cuidados e higienização das próteses. A prótese devolve ao paciente idoso a auto-estima e a aparência estética dos dentes, fatores estes de grande relevância para seu convívio social diário, em seu lar e para a saúde psicológica. Devolve a mastigação e o bem-estar de comer com mais tranquilidade, como também de conversar e de poder sorrir.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Idosos; Prótese; Saúde Bucal.

ABSTRACT

The study aims to assess the importance of dentures for the elderly. Specific objectives include: to determine the allocation of oral health in UBS, to analyze the importance of prevention and oral health care of older people and highlight the importance of dental prosthesis in the elderly. To meet the proposed objective, the research consisted of a bibliographic and documentary. Population aging increases the incidence of health problems, such as poor oral health conditions that may be related to other problems in the nutritional and cardiovascular systems, among others. The use of dentures is a risk factor for oral health of the elderly, therefore, if not properly prepared and not make a good adaptation is relevant to note that the conservation, hygiene, time of use of the prosthesis and professional monitoring. Requiring the checks on the patient continued post-installation and provide instructions on care and cleaning of dentures. The prosthesis restores the elderly patient's self-esteem and aesthetic appearance of teeth, factors of great relevance to their daily social life, at home and psychological health. Returns chewing and welfare of eating easier, with also able to talk to smile.

Keywords: Family Health Strategy; Elderly; Prosthesis; Oral Health.

LISTA DE SIGLAS

ACD – Atendente de Consultório Dentário
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
AP – Atenção Primária
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
ESF – Estratégia Saúde da Família
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PIA – Programa Inversão da Atenção
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico de Higiene Dental
US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 PROBLEMA.....	13
4 OBJETIVOS.....	14
4.1 GERAL.....	14
4.2 ESPECÍFICOS.....	14
5 METODOLOGIA.....	15
6 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
6.1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	16
6.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
6.3 A SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA.....	25
6.4 INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
6.5 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	29
6.6 A SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS: USO DE PRÓTESES	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 1999 o mundo comemorou o Ano Internacional do Idoso, com 580 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais, o que representa 6% da população mundial. Desses, 335 milhões (60%) vivem nos países em desenvolvimento (ARAÚJO, ALVES, 2000), como os que estão na América Latina e Leste da Ásia.

O processo de transição demográfica resulta no envelhecimento que se iniciou de forma bastante gradativa em meados da década de 60, através da gradativa queda nas taxas de fecundidade (PRATA, 1990; BLOOM *et al*, 2001, *Apud* ALMEIDA, 2002). Segundo Araújo e Alves (2000) para os cientistas, a terceira idade, ou como se está usando atualmente, a melhor idade; começa aos 60 anos. No Brasil esse fenômeno iniciou-se na década de 1970.

Em conjunto com o envelhecimento da população brasileira ocorre um aumento na demanda do público idoso nos serviços de saúde; o envelhecimento leva a várias alterações fisiológicas em todo o organismo, havendo uma grande prevalência de doenças crônicas nestes indivíduos, que constituem a maior parcela de pessoas que necessitam de atendimento nos serviços de saúde, dentre os mais variados aspectos da saúde, a bucal se destaca pelo fato dos serviços odontológicos serem historicamente insuficientes e não possuem como prioridade a atenção voltada a esse público. Da mesma forma que a população adulta, os idosos apresentam altos níveis de edentulismo, de cárie e de doenças periodontais.

Mediante importância do envelhecimento na população, os idosos passaram a se destacar nas mais variadas áreas, como também na odontologia; mesmo porque esse grupo tem necessidade de um tratamento restaurador continuado, devido a manutenção de dentes mais hígidos e restaurados do que existia no passado.

Segundo Monti *et al.* (2006) a perda total de dentes, o edentulismo, é aceito normalmente pela sociedade como algo natural para o idoso, mas não como consequência da falta de políticas preventivas de saúde, voltadas especificamente para a população adulta.

Ressalta a Agência Notisa (2008) que na atualidade os problemas de saúde bucal são reconhecidos de maneira relevante diante de seu impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e na sociedade; tendo em vista, que a promoção em saúde refere-se ao processo de capacitação da comunidade para atuar em prol da melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Na literatura encontra-se muitos trabalhos científicos que abordam os problemas relacionados à saúde bucal e sua interferência na qualidade de vida dos idosos principalmente no que se refere à prótese dentária.

O conteúdo descrito neste trabalho foi inspirado, nos módulos do curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família: Saúde do Idoso e Saúde oral do Idoso; nesse sentido, ao achar relevante a atenção a essa faixa etária e suas necessidades, observa-se que a assistência à saúde é um processo dinâmico que requer competência, recursos e boa vontade de todos. Tendo em vista o aumento da população idosa do país, acredito que o SUS, ainda não está preparado para atender essa demanda, principalmente no que diz respeito à reabilitação oral com prótese dentária.

2 JUSTIFICATIVA

No decorrer dos anos, mesmo sob enfoque da prevenção, promoção e recuperação da saúde, pode-se observar que a atenção odontológica no serviço público caracterizou-se pela prestação de assistência a grupos populacionais restritos, como por exemplo, escolares, que através de programas voltados para a doença cárie e periodontal detinham o tratamento; ficando o restante da população excluída desse benefício.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) a Odontologia foi inserida pelas Portarias Ministeriais 1.444/2000 e a 267/2001, visando construir processos novos de trabalho em prol da família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela sociedade, onde ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais.

Mediante crescente aumento da população idosa no país, e os problemas complexos na área de saúde, justifica-se e torna-se evidente a necessidade de uma atenção adequada a esse grupo, tendo a ESF como meio para atribuir contribuições visando à promoção, à prevenção em prol da qualidade de vida.

Antigamente, o fato de um adulto ter extraído os seus dentes e envelhecer sem eles era comum, visto com naturalidade pela comunidade onde ele estava inserido. Hoje ocorre uma preocupação com a aparência, com o estado nutricional e qualidade de vida, portanto, busca-se envelhecer com dentes. Por esse motivo, torna-se relevante destacar a importância da prevenção, bem como o uso da prótese. Para atender a esse propósito a Unidade de Saúde (US) deve possuir condições para manusear as próteses dentárias, com pessoal qualificado e habilitado para atender a esse propósito.

3 PROBLEMA

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral dos indivíduos, mas que tem sido relegada ao descaso, ao se discutir as condições de saúde e de prevenção à população idosa.

Considera-se o edentulismo uma seqüela que traz um sério problema para os idosos, mesmo por que, esse problema se faz presente pela falta, inexistência ou fracasso de medidas de atenção no passado. Desta forma a existência de edentulismo nos idosos é casuística da ineficiência de acesso ao controle e acompanhamento nos programas de saúde.

Nesse contexto, problematiza-se: quais os procedimentos que devem ser realizados para que seja possível que a ESF possa atribuir aos idosos um atendimento condizente para próteses dentárias? Qual a importância dessa atribuição para a população idosa?

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

O estudo tem por objetivo abordar a importância da prótese dentária para idosos.

4.2 ESPECÍFICOS

Visando atingir o objetivo geral os específicos compreendem:

- a) Conhecer a política de saúde bucal no Brasil.
- b) Conhecer o problema do envelhecimento populacional para o atendimento odontológico e da necessidade de prótese.

5 METODOLOGIA

Para atender ao objetivo proposto, a pesquisa se constituiu de um estudo bibliográfico e documental, para melhor discernir o tema.

A pesquisa bibliográfica se desenvolve com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Mesmo que para quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (GIL, 2007).

A pesquisa documental assemelha-se à bibliográfica, diferencia-se na natureza das fontes. A pesquisa bibliográfica utiliza-se fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, ou seja, as informações coletadas são provenientes de livros, artigos, Internet, anais, e a documental vale-se de materiais que não recebem ainda tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados em conformidade com os objetos da pesquisa (GIL, 2007), como leis, Constituição Federal e Projetos de Lei.

No desenvolvimento desse estudo, foi realizada busca retrospectiva de artigos científicos que abordam o tema proposto, compreendidos em um período de 15 anos, sendo artigos de pesquisa nacional, artigos originais ou de revisão. As fontes de dados foram os bancos de dados da Medline, Lilacs e Scielo, os descritores foram: Estratégia Saúde da Família; Idosos; Prótese; Saúde Bucal. De acordo com os descritores foram encontrados 19 (dezenove) artigos científicos, dentre estes, 12 (doze) foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão, no período de 2001 a 2011.

6 REVISÃO DE LITERATURA

6.1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas de saúde, enquanto ações objetivas sob responsabilidade do Estado começaram a existir no Brasil somente no início do século XX. Define-se política de saúde como o conjunto de ações sanitárias desenvolvidas numa determinada região num dado momento (PEREIRA *et al.*, 2003). Foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que se deu uma nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado (PAULUS Jr.; CORDONI Jr., 2006).

Foi em meados do ano de 1900 que o governo começou a se preocupar com as condições de vida e de saúde principalmente das populações que moravam nas capitais dos Estados. Naquela época, a principal fonte de renda da economia brasileira era a agricultura de exportação. As cidades onde se localizavam os portos tinham papel de destaque, uma vez que a exportação era realizada através de navios. É nesse quadro que o governo começa a atuar na saúde pública, preocupado com os trabalhadores das capitais, das cidades portuárias e com aqueles que trabalham nos portos (MELO; CUNHA; TONINI, 2003).

Explicam Melo, Cunha e Tonini (2003) que os principais problemas de saúde estavam relacionados aos agravos infecciosos e a condições precárias nas áreas de: habitação, higiene, trabalho (longas jornadas, sem descanso ou férias), alimentação e saneamento básico. As epidemias de varíola, febre amarela e malária eram perpetuadas por essa situação, quando o governo federal, na cidade do Rio de Janeiro, e os governos estaduais de São Paulo, Bahia e outros estados resolveram intervir e formular políticas de saúde pública.

Em 1964, o regime autoritário, instaurado após golpe militar, trouxe como consequência imediata para as políticas públicas de saúde no Brasil um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência; de outro lado, provocou uma crescente centralização da autoridade decisória, marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. Nas políticas de saúde do primeiro momento da ditadura compreenderam a fase do “milagre brasileiro”, entre 1964 e 1974, foram caracterizadas por uma síntese, produto de reorganizações setoriais do sanitarismo campanhista do início do século e do modelo de atenção médica previdenciária do período populista (RONCALLI, 2008).

A partir de então foi criada uma estrutura considerável em torno da previdência social, com uma clara vinculação dos interesses do capital nacional e internacional. Nesse sentido, o Estado passa a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou o seu poder nas frentes econômica e política, nas alíquotas e no controle governamental por meio da extinção da participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida na vigência das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (RONCALLI, 2008).

A prestação de assistência à saúde pelo INPS privilegiava a compra de serviços às grandes corporações médicas privadas, notadamente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. É nesse sentido que se estabelece o complexo previdenciário médico-industrial composto pelo sistema próprio e o contratado (conveniado ou credenciado) (RONCALLI, 2008).

Na metade da década de 1970, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado, justificada na época por ser tecnicamente mais viável, mas que se tratava de uma perversa conjugação entre estatismo e privatismo. Esse modelo excludente provocou uma crescente capitalização do setor privado. No entanto, a precariedade do sistema, não só da área da saúde,

mas em toda a área social, provocava insatisfação cada vez maior da população, comprometendo a legitimidade do regime (RONCALLI, 2008).

Em 1980 surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), patrocinado pelo Ministério da Saúde e Previdência Social, com o propósito de universalizar os cuidados primários de saúde em todo o território nacional. Em 1982, com o processo de redemocratização do país, ocorreu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (PEREIRA *et al.*, 2003).

O movimento de reorganização do setor da saúde tornou-se legítimo a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, através da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujos estudos e propostas formaram a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 (PEREIRA *et al.*, 2003).

6.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS): contexto constitucional e participação populacional

Com a promulgação da Carta Magna de 1988 ampliou-se o conceito de saúde e também vinculado às políticas sociais e econômicas; e a assistência concebida de forma integral, no âmbito preventivo e curativo; e definiu-se a gestão participativa como uma relevante inovação, bem como o comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (PAULUS. Jr; CORDONI. Jr, 2006).

A Constituição Federal de 1988, em seu Capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde, em seu art. 196 define:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010a, p.61).

Junto ao novo modelo de saúde, acrescentam Paulus Jr. e Cordoni Jr. (2006) à relevância das Leis nº 8.080/90 e a de nº 8.142/90 como um estatuto da saúde no Brasil.

A Lei nº 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do SUS e a nº 8.142/90, além de definir as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais, também trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde, criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. As conferências são instaladas de quatro em quatro anos, com a participação de vários segmentos sociais; e é onde são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo (PAULUS Jr; CORDONI Jr., 2006).

A Constituição Federal demonstra de forma clara que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Visão esta que refletia o momento político que passava a sociedade brasileira, que havia acabado de sair da ditadura militar, fase em que a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania (POLIGNANO, 2003).

Segundo o texto Constitucional Brasil (2010a, p.62) o SUS é definido pelo art. 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Denota-se que, mesmo que o SUS tenha sido definido pela Constituição Federal de 1988 o sistema só foi regulamentado em 1990, com a Lei nº 8.080, que define modelo operacional do SUS e também propôs sua forma organizacional e de funcionamento.

Concebe-se o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Sendo que a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (BRASIL, 2009).

6.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde da família constitui uma estratégia que visa à organização do modelo de atenção à saúde pela ampliação do acesso e pela qualificação das ações de atenção básica, centrando-as no modelo de Promoção da Saúde, construídas com base na reorganização das práticas dos profissionais de saúde (SILVEIRA FILHO, 2005).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2004, p. 1)

Ela vem buscando não só a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, mas também uma mudança de modelo, que implica, necessariamente, a articulação da Atenção Básica com a Média e Alta complexidade, envolvendo a integração de políticas estratégicas (SOLLA, 2004).

A saúde da família tem como característica fundamental constituir o cuidado longitudinal às famílias; sendo que esta longitudinalidade refere-se a uma das conquistas das equipes que, por meio de acompanhamento contínuo às famílias de uma dada comunidade, ao longo do tempo, passa a conhecer seus problemas, seja no plano do coletivo ou dos indivíduos (SILVEIRA FILHO, 2005).

E como estratégia para a organização e o fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS (SILVEIRA FILHO, 2005) e, conforme disposto na Constituição Federal de 1988, em conformidade com os princípios gerais dispostos no art. 1 da Portaria nº 648/2006 (BRASIL, 2006b, p.1) destaca-se que:

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

As necessidades em saúde, bem como as outras consideradas básicas do ser humano, constituem-se um conjunto de necessidades sociais cuja temática possui diferentes aspectos a serem abordados, o que faz tornar seu delineamento uma atividade complexa e sua discussão fundamental na sociedade contemporânea, visto que, representa uma possibilidade de bem-estar geral (LIMA, 2005).

Na perspectiva atual, a expressão 'necessidades humanas' possui diferentes concepções, entendida por alguns como um direito humano inalienável, consentido através da distribuição equitativa de bens e serviços, tal como propõem o ideário da economia solidária, e por outros, como preferências individuais ou de grupos específicos a serem satisfeitas o poder de consumo de cada um, eixo da doutrina neoliberal [...] (LIMA, 2005, p. 23).

De acordo com Lima (2005), no Brasil, a construção da trajetória do direito à saúde constitui-se um desafio às políticas de saúde as quais estiveram articuladas diretamente à história da Previdência Social, de acordo com as principais características dos diversos momentos históricos da sociedade brasileira.

Saúde é uma propriedade contínua, potencialmente mensurável pela habilidade dos indivíduos em enfrentarem agressões sejam químicas, físicas, infecciosas, psicológicas ou sociais. O enfrentamento é medido pela cura e a velocidade e quem esta acontece. Qualquer instituto pode ter uma 'função de treinamento', após o qual, frequentemente haverá um estágio um pouco melhor de saúde. A pessoa e o corpo aprendem alguma coisa (WAGNER *et al.*, 1999, p.5).

De acordo com artigo da OMS *apud* Melo e Figueiredo (2003, p.138): “[...] o objetivo da organização será a consecução por parte de todos os povos do mais elevado nível de saúde”. A saúde é considerada um estado do indivíduo que supera o conceito de "não-doença"; de acordo com a definição de saúde dada pela OMS: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades" (BRASIL, 2006a, p.6).

A saúde é um estado de melhoria progressiva da qualidade de vida, considerando o atendimento às necessidades do indivíduo. O que significa, ter igualdade de oportunidade para todos. No Brasil, a Carta Magna de 1988 – Seção II: sobre saúde, em seu art. 196, *in verbis*:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010a, p.62).

Segundo Moraes (2008) na saúde pública e sobre as ações dos serviços de saúde, cabe ao Poder Público, nos termos da lei, atuar sob sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Conforme disposto no art. 197, da Constituição Federal de 1988, *in verbis*: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 2010a, p. 86).

A partir dessas afirmações, entende-se que a saúde tornou-se um bem social, trazendo conseqüentemente a afirmação do dever do Estado de tutelar e promovê-la. De modo geral, esses direitos envolvem vida, liberdade, propriedade e integridade do corpo. Diz também respeito aos direitos naturais do homem, como consequência direta do direito fundamental a vida. A OMS lançou o *slogan*: “Promoção e saúde capaz de permitir à pessoa uma vida social e economicamente produtiva” (MELO; FIGUEIREDO, 2003, p.139).

Ao se abordar o amplo conceito de saúde, observa-se que este não se refere apenas ao fato de não se ter uma “doença”, mas sim, como um estado que no nível individual pressupõe a sensação de bem-estar. No nível coletivo, populacional, a saúde e a doença, ou melhor, a saúde e os problemas de saúde, são construídos socialmente, mediante processos (ACS, 2007).

Dentre os vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece atenção especial pelo fato de que, historicamente, os serviços odontológicos não possuem como prioridade a atenção aos idosos, que da mesma forma que a população adulta, possui altos níveis de edentulismo e alta prevalência de cáries e doenças periodontais (MOREIRA *et al.*, 2005).

Segundo Aleixo (2002) a Atenção Primária (AP), ou Cuidados Primários, ou Cuidados Básicos com a Saúde, é composta de algumas atividades ou ações básicas de saúde, tais como a educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção da doença; o atendimento aos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; a imunização; o combate às enfermidades endêmicas locais; o tratamento das doenças e traumatismos comuns; e a provisão dos medicamentos essenciais.

Acrescenta Aleixo (2002) que essas ações devem ser desenvolvidas de acordo com a OMS, dentro de um contexto obrigatório de uma integração ao sistema nacional de saúde, uma estreita cooperação dos setores sociais e econômicos, através de uma redistribuição dos recursos disponíveis em direção aos desassistidos, uma eficiente organização do sistema, dos serviços e das ações básicas, secundárias e terciárias de saúde, em termos de suficiência e qualidade; e maior participação e controle pela sociedade.

Em suma, a AP ou Cuidados Primários de Saúde constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde.

O ato de promover enfatiza as transformações das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demanda uma abordagem intersectorial (CHAVES; VÊSCOV, 2006).

Explica Teixeira (2004) que a concepção difundida atualmente a respeito da promoção da saúde, surge e desenvolve-se. Nos últimos anos, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa ocidental, como sendo um marco relevante para a Conferência de Ottawa (1986), na qual apresentou a Promoção da Saúde como um “enfoque” político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

De fato, a proposta atual de Promoção de Saúde dá um novo significado ao termo cunhado por Teixeira (2004) como sendo uma das funções da medicina, ultrapassando em muito a idéia embutida no ‘nível de prevenção primária’; e quando está associada a conjunto de valores e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com as propostas de ‘responsabilização múltiplas’, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos’.

A idealização de promoção à saúde envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde;

nesse sentido a promoção vai além de uma aplicação técnica da normalidade, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar um mecanismo para seu controle (CHAVES; VÊSCOVİ, 2006).

Ao se tratar de prevenção, esta abrange uma realidade muito maior do indivíduo, começando pelas crenças e ideologias a que foi submetido por anos. Por prevenção entende-se com o ato de: “[...] atuar antecipadamente, impedir determinados desfechos indesejados, que seriam: o adoecimento, a invalidez, a cronicidade de uma doença ou a morte. De acordo com a situação, os níveis de prevenção [...]” (MELO; FIGUEIREDO, 2003, p.130).

A terminologia ‘prevenir’ significa ‘atuar antecipadamente, impedir determinados desfechos indesejados, que seriam o adoecimento, invalidez, cronicidade de uma doença ou a morte’; e, todas as ações que se destinam a prevenir doenças, promover e recuperar a saúde são expressas em níveis de prevenção (CHAVES; VÊSCOVİ, 2006).

Acrescentam Melo e Figueiredo (2003) no que se refere aos níveis de prevenção, esses podem ser primários, secundários ou terciários. O primário refere-se ao conjunto de ações voltadas para a prevenção da ocorrência, envolvendo medidas que têm como propósito atuar sobre o período que antecede a ocorrência da doença, destinadas a evitar o desencadeamento de fatores que podem causá-las. O nível de prevenção secundário é refere-se às medidas voltadas para o período em que a doença já existe, visando impedir sua evolução e suas complicações; e o terciário é o conjunto de medidas voltadas para o período em que a doença já existe, visando impedir sua evolução e complicações.

6.3 A SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA

A Odontologia Sanitária foi o modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 1950 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com o enfoque curativo-reparador em áreas

estratégicas do ponto de vista econômico. O modelo marcou o início da lógica organizativa e de programação para a assistência odontológica, mas, com abrangência predominante a escolares de 06 (seis) a 14 (quatorze) anos. Introduziu algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos (BRASIL, 2006c).

No final da década de 1970, a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral foram instituídas no Brasil, enfatizando a mudança nos espaços de trabalho e tendo como características principais: a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2006c).

Outro enfoque voltado para a saúde bucal foi o Programa Inversão da Atenção (PIA) que tinha como característica básica intervir antes e controlar depois, mediante matriz programática, que buscava se adaptar ao SUS, mas, sem preocupar-se com a participação comunitária. O PIA estabeleceu um modelo centrado em três fases: a estabilização, a reabilitação e o declínio; para isso, contava com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional (BRASIL, 2006b).

No Brasil, por muitos anos, houve a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas em funcionamento paralelo e afastado do processo de organização dos demais serviços de saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998, em referência ao Acesso e Utilização aos Serviços de Saúde, apontou que 18,7% da população brasileira, isto é, 29,6 milhões de pessoas, nunca consultaram o dentista, sendo esse número maior para os residentes em áreas rurais (32%) (ESPOSTI, 2007).

Em comparação aos grupos por renda, pode-se observar que a percentagem daqueles que nunca consultou um dentista é nove vezes maior entre os

brasileiros com renda de até um salário mínimo, quando comparados aos que recebem mais de 20 (vinte) salários mínimos. Os números indicados confirmaram que saúde bucal continuava, a este momento, longe daqueles que realmente necessitam de suas ações, desenvolvidas num modelo altamente excludente (ESPOSTI, 2007).

A realidade epidemiológica em saúde bucal da população brasileira é apenas reflexo do descaso com que são tratadas as necessidades dos cidadãos brasileiros. A partir desses dados que buscou reverter essa tendência através da integração da saúde bucal nos serviços em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontassem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2006b).

De acordo com os estudos de Araújo (2003) a saúde bucal no Brasil tem como principais problemas a cárie dentária e a doença periodontal; e grande parte dessa população não tem acesso à informação e a programas educacionais e muito menos a um tratamento odontológico. Acrescenta Araújo (2003, p.06): “**A saúde do indivíduo reflete o ambiente em que ele vive, o nível de informação que possui, o acesso a tratamento e a educação para prevenir e auto promover a sua saúde**”, (Grifo nosso), por isso, a necessidade de voltar-se para a saúde bucal do indivíduo, por representar uma porção indivisível da saúde geral.

6.4 INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os serviços odontológicos foram inseridos na ESF pelas Portarias Ministeriais 1.444/2000 e 267/2001. A primeira estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da ESF, e a regulamentação se deu com a Portaria GM/MS nº 267/01, que aprovou as normas e diretrizes de inclusão das ESB na ESF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (ESPOSTI, 2007).

De acordo com a Portaria Nº 648/2006, no que se refere às atribuições dos profissionais pertencentes à ESF, os mesmos podem ser complementadas pela gestão local; nesse sentido fica atribuído ao cirurgião dentista (BRASIL, 2010a):

- a) Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- b) Dispor de procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- c) Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- d) Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- e) Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- f) Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- g) Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Técnico de Higiene Dental (THD), Atendente de Consultório Dentário (ACD) e ESF;
- h) Realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
- i) Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da US.

O desafio que paira é o de poder oferecer atenção primária às famílias e um tratamento odontológico mais complexo nas unidades básicas de saúde, funcionando de maneira harmônica com o SUS.

6.5 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O crescimento populacional dos idosos que vem ocorrendo nos dias atuais, principalmente nos países subdesenvolvidos (PASCHOAL, 2000), tem se tornando uma das questões mais relevantes na agenda de estudos contemporâneos em diversos campos do conhecimento como a demografia, a psicologia e a psiquiatria ou os estudos sociais e econômicos (VERAS, COUTINHO, COELI, 1997). Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico (BARRETO, 1992).

O envelhecimento é fenômeno processual, natural, comum a todos os seres vivos, mas pode ser influenciado por vários fatores, sejam eles, econômicos, biológicos, sociais, culturais, psicológicos, entre outros. O envelhecimento é um processo progressivo no qual o indivíduo passa por modificações morfológicas, funcionais e bioquímicas. Essas modificações morfológicas elevaram a expectativa de vida da população, levando à diminuição dos indicadores de mortalidade, aumento do acesso e cobertura de serviços de saúde, a diminuição das taxas de fertilidade entre as mulheres e da mortalidade infantil (PASCHOAL, 2000).

O envelhecimento é um fenômeno de todos os tempos, refere-se a modificações de âmbito biológico e fisiológico que o indivíduo vai passando no decorrer de sua vida. O Brasil, até pouco tempo atrás, era considerado um “país jovem”, onde grande parte da sua população tinha menos de 30 anos de idade, mas uma mudança vem ocorrendo nos últimos anos, tanto no Brasil como no mundo.

O Brasil apresenta a quinta maior taxa de crescimento prevista (188%), a proporção de idosos – pessoas de 65 anos ou mais – crescerá 3,6 vezes até 2050 (BOSCOV, 2004).

Na América Latina, o número de pessoas com mais de 80 anos será quatro vezes maior que agora (SHELP, 2004). Em suma, a população mundial está envelhecendo rapidamente. Calcula-se que por volta de 2050, pela primeira vez

na história da espécie humana, o número de pessoas acima dos 60 anos será maior que o de crianças abaixo dos 14 anos. Diante do contexto:

O aumento significativo do número de pessoas idosas em países pouco desenvolvidos se deve, em grande parte, ao alto índice de nascimentos durante as primeiras décadas deste século, associado a um progressivo decréscimo nas taxas de mortalidade e de fecundidade. O processo de envelhecimento de uma população é, portanto, dinâmico: é preciso, primeiro, que nasçam muitas crianças; em segundo lugar, que as mesmas sobrevivam até idades avançadas e que, simultaneamente, o número de nascimentos diminua (BARRETO, 1992, p. 11).

Até a década de 70, a curva demográfica brasileira conserva uma grande estabilidade quanto à proporção das diferentes faixas etárias na população total. A partir de então, os dados indicam uma brusca e significativa queda na taxa de mortalidade, o que caracteriza uma “transição demográfica” (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010).

Em parte, o crescimento do número de pessoas pertencentes a este segmento é decorrente da transição epidemiológica pela qual passa o país, que imprime novas características aos quadros de morbi-mortalidade da população, gerando a diminuição das doenças infecto-parasitárias e o aumento dos casos de doenças crônico-degenerativas, tal como ocorre nos países desenvolvidos (DUCHIADE, 1995). Como consequência deste processo, pode-se observar a diminuição das mortes prematuras e o efetivo aumento do número de indivíduos idosos, ou seja, os situados na faixa etária acima dos 60 anos de idade.

O aumento percentual do número de idosos no Brasil vem acompanhado, igualmente, pelo aumento da expectativa de vida da população como um todo, que dobra em um século, passando de aproximadamente 34 anos em 1900, para mais de 68 anos, em 2000, com projeção de alcançar os 75 anos em 2025. Os dados do IBGE apontam que o número de brasileiros com 80 anos ou mais, que em 2000 era 1,8 milhão, aumentou e deve chegar a 13,7 milhões em 2050 (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010).

Apesar destas considerações, encontramos-nos em face de um problema mundial complexo, embora o limite etário da população mundial venha constantemente se ampliando, ele não é, de forma isolada, um indicador positivo, já que não basta apenas ampliar ao máximo a vida humana, necessitamos sim, que este prolongamento venha acompanhado de condições dignas de vida.

Paralelo a transição demográfica, o Brasil tem vivenciado a transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento de doenças crônico-degenerativas em detrimento das infecto-contagiosas, resultando no aumento da demanda dessa população idosa por serviços de saúde (MOREIRA *et al*, 2005).

Aborda Ramos (2002) que a saúde do idoso é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Assim, percebe-se que a população está vivendo mais, porém, mais importante do que ter vida longa, é que esta venha repleta de qualidade possibilitando um envelhecimento saudável.

Essa faixa etária acima dos 60 anos merece uma preocupação dos profissionais de saúde devido aos agravos do estado de saúde reduzindo drasticamente a qualidade de vida destes indivíduos (LIMA; BARRETO; GRATTI, 2003).

Os mesmos autores reforçam que a população idosa é a grande usuária de serviços de saúde. Em países desenvolvidos o uso desses serviços entre pessoas com idade superior a 65 anos e três a quatro vezes maior do que o seu tamanho proporcional na população, isso é o reflexo do aumento da prevalência de várias doenças e incapacidades físicas entre os idosos.

Uma das conseqüências do envelhecimento é o aumento da demanda por serviços médicos e sociais devido à piora da condição de saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Os serviços de saúde, por sua vez, possuem um papel relevante na redução das doenças crônicas e nas complicações em decorrência dessas patologias.

6.6 A SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS: USO DE PRÓTESES

Conforme realização de futuras projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) foi registrada um expressivo aumento da população idosa no Brasil e no mundo (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010). Juntamente com o envelhecimento populacional, também aumenta a ocorrência de problemas de saúde, repercutindo na qualidade de vida desta população; e, entre estes são citadas: as más condições de saúde bucal, que podem estar relacionadas a outros problemas de ordem nutricional, cardiovascular e uso de medicamentos entre outros.

A saúde bucal envolve indicadores/fatores de risco para diversas patologias frequentemente encontradas em idosos como: cáries radiculares, infecções por fungos (queilite angular, candidíases, estomatite por dentadura), lesões da mucosa bucal (úlceras bucais, glossite, língua fissurada) e doenças periodontais (MESAS; ANDRADE; CABRERA, 2006).

Nos anos 1986, 1993, 1996 e 2003, foram realizados estudos epidemiológicos de saúde bucal que revelaram o quadro de saúde bucal no Brasil. O Projeto SB-Brasil mostrou que as condições de saúde bucal no Brasil, em conformidade com as idades-índices e faixas etárias sugeridas pela OMS, envolvendo adultos e idosos e a população urbana e rural. O dado mais destacado foi o edentulismo como um grave problema entre a população idosa (BARBOSA, 2010). Os dados do SB Brasil 2003 ajudaram na concepção da política de saúde bucal no Brasil.

O Projeto SB Brasil 2010 é um estudo de base populacional que fez um levantamento sobre os problemas de saúde bucal no país e integra as ações de Vigilância em Saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. No que se refere aos dados relacionados ao edentulismo servem de base para avaliar o impacto do programa, identificar problemas e reorientar as estratégias de prevenção e assistência, especialmente as relacionadas com a implementação das ESF e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que é elemento estruturante da atenção secundária em saúde bucal (BRASIL, 2010b).

Na população idosa verificou-se que 23% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares. Tendo em vista que as próteses dentais são muito demandadas nos serviços odontológicos, tanto os públicos quanto os privados, fez com que o Projeto SB Brasil 2010 proporcionasse subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador para o público idoso (BRASIL, 2010b).

Para atender a esse objetivo, o Ministério da Saúde, através do Programa Brasil Sorridente, prevê a construção de 354 (trezentos e cinquenta e quatro) Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS), em municípios estratégicos no país, que servirão de referência para as demais regiões. Nesses locais, serão prestados atendimentos odontológicos especializado em periodontia, cirurgias odontológicas, tratamento de lesões bucais, endodontia, ortodontia e próteses. E para melhor atender à população serão implantados laboratórios de próteses nas arcadas dentárias. Espera-se nesse investimento melhorar o atendimento ao público idoso, bem como outros públicos da população (BRASIL, 2010b).

Em conjunto com as mudanças no serviço odontológico para melhor atender a população idosa, há também a necessidade da reformulação do serviço público, direcionando ações específicas aos problemas relacionados ao público da terceira idade, dentre os quais a Saúde Bucal, em especial o edentulismo. Também deve-se considerar a importância da informação junto aos idosos dependentes e independentes.

Os idosos considerados independentes são aqueles que moram no próprio lar e são funcionalmente independentes em suas atividades básicas e instrumentais de vida diária e apresentam menor interferência das co-morbidades comumente encontradas em idosos institucionalizados e/ou com alto grau de dependência, o que lhes permite maior autonomia nos cuidados necessários à conservação de sua saúde bucal (MESAS; ANDRADE; CABRERA, 2006).

No caso de uso de próteses em idosos independentes é relevante observar maiores cuidados com as dentaduras e as pontes móveis em relação a limpeza. De forma invariável, devem ser escovadas com escovas de unha e com detergente neutro, os cremes dentais possuem composição abrasiva, que causam maior desgaste dos dentes artificiais (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010).

Os idosos parcialmente e totalmente dependentes há necessidade de um “cuidador” para auxiliá-lo em sua rotina diária e que deve receber várias orientações sobre a importância da manutenção da saúde bucal, como os cuidados com as próteses, a realização de uma higienização bucal correta, e a dieta do idoso, que deve ser à base de carnes, frutas, verduras, legumes, cereais e fibras e deve-se evitar o consumo de doces e refrigerantes (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010).

Além da atenção que deve ser observada com relação às dificuldades que o idoso tem de alimentar-se, nesses casos, o cuidador é quem irá realizar a higiene bucal do idoso sob a orientação do dentista. Caso seja acamado, o cuidador poderá se utilizar de abridores de boca para a realização da higienização e desta forma poderá escovar os dentes do idoso com maior facilidade. E para o enxágüe da boca, poderá se utilizar de uma seringa descartável com água, onde a cabeça do idoso é direcionada para o lado e para frente de uma vasilha em que a água irá sendo depositada (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010).

A periodicidade dessa prática deve ser realizada após cada refeição e antes de dormir e ao acordar, pois, as placas bacterianas também se formam sobre as próteses; e, no caso de placas não removidas adequadamente, podem provocar uma série de doenças (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010).

Os dentes artificiais das dentaduras exigem uma higiene correta para se evitar o risco de disseminação de infecções que podem provocar a endocardite, que é uma inflamação de um tecido do coração, ou uma pneumonia por aspiração dos microrganismos, e que podem levar o idoso à morte (MESAS; ANDRADE; CABRERA, 2006).

Antes do idoso se recolher à noite, após a limpeza da prótese, a mesma deve ser colocada em um recipiente fechado com água. É importante que o idoso não durma com a prótese para proporcionar um relaxamento dos tecidos de suporte. Em caso de prótese parcial e ter dentes, deve-se usar uma escova para dentadura e uma escova macia ou extra-macia para os dentes naturais (MESAS; ANDRADE; CABRERA, 2006).

Em situações de idosos que não têm dentes, devem promover a limpeza das mucosas e gengivas, fazendo uso de solução de digluconato de clorexidina a 0,12% sem álcool, aplicada numa gaze (MESAS; ANDRADE; CABRERA, 2006).

Deve-se ter especial atenção em situações de dor no ouvido ou na nuca, pois, nesses casos, há possibilidade da dentadura precisar ser refeita. Com dois ou três anos de uso, deve procurar por um dentista e reavaliar e verificar a adaptação da prótese (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010).

Caso o idoso tenha algum tipo de doença como artrite, artrose e gota, devido às alterações nas articulações que levam a movimentos dolorosos e limitados, deve-se fazer adaptações, como, o uso de escova com cabo engrossado com resina acrílica para facilitar os movimentos durante a higienização (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010).

São vários os fatores que afetam o tipo de tratamento protético a ser oferecido para um paciente idoso. Como foi abordado, com a idade avançada é freqüente a presença de doenças sistêmicas de diversas origens e magnitudes, a múltipla ingestão medicamentosa e a interação destes com o fluxo salivar, deficiência motora provocada por acidentes vasculares cerebrais ou artrites e artroses e a atitude psicológica do paciente. Esses fatores são exemplos de ordem geral que podem alterar ou impedir determinadas terapias protéticas (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010).

Acrescido aos fatores supracitados, devem ser considerados fatores de ordem

local, inerentes ao sistema mastigatório de um idoso. As alterações morfológicas da ATM, mais frequentes em idosos do que em outros grupos etários, a diminuição das funções proprioceptivas, da densidade e secção transversal dos músculos mastigatórios e a presença de uma quantidade maior de cáries radiculares e aumento na prevalência de alterações das relações maxilo-mandibulares, se constituem exemplos dos desafios locais da terapia protética para os idosos (PESQUERO, 2005).

A perda total ou parcial da coordenação motora devido a Acidentes Vasculares Cerebrais e outras doenças, como o Parkinson, por exemplo, são comumente associadas a uma inabilidade do idoso em manter a prótese total inferior em posição na cavidade bucal, uma vez que estas são muito dependentes da chamada retenção fisiológica e por assentarem-se na maioria das vezes sobre rebordos extremamente reabsorvidos (MARCHINI *et al*, 2011).

Diante de todos os fatores apontados, é relevante que haja a escolha certa quanto ao tratamento dentário para idosos. No plano de tratamento de prótese deve haver um minucioso exame clínico, dente a dente e complementado por radiografias, capaz de verificar problemas específicos de suporte e integridade, pois, a montagem correta dos modelos iniciais no articulador e um enceramento diagnóstico são muito importantes, por permitir que seja possível verificar discrepâncias no plano oclusal, a ocorrência de presença ou não para a reabilitação oral, a necessidade de cirurgias pré-protéticas ou alterações da dimensão vertical de oclusão (PESQUERO, 2005).

No tratamento de prótese muitas oscilações ocorrem, de ordem física e emocional, para isso é relevante que o cirurgião-dentista esteja preparado para compreendê-las e manter uma atitude mental positiva, bem como realizar alterações que adequem o plano inicial às novas situações (PEREIRA; MONTENEGRO, 2010).

O tratamento odontológico em idosos vem cada vez mais buscando, por meio dos avanços tecnológicos, recursos capazes de devolver ao paciente a estética bucal.

Acima de tudo é importante apontar que a boca faz parte da face, portanto, qualquer modificação que ocorra nos dentes faz com que a expressão do rosto melhore e se adapte de forma harmoniosa ao conjunto, ou pelo contrário piore (PESQUERO, 2005).

Com a prótese devolve ao paciente iodo uma aparência estética dos dentes e sua auto-estima, que são fatores de grande relevância para seu convívio social diário, em seu lar e para a saúde psicológica. Devolve a mastigação e o bem-estar de comer com mais tranquilidade, com também de conversar de poder sorrir.

Outro fator importante é que a prótese dentária para o idoso está no fato de diminuir a salivagem, uma vez que a alteração do fluxo salivar compromete o mecanismo de retenção das próteses totais. Na atualidade a substituição por saliva artificial é facilmente realizada, pois há a disposição do consumidor marcas comerciais na forma de solução para uso diurno e noturno, e também é possível conseguir saliva artificial também em farmácias de manipulação e/ou ativar sua produção com chicletes (MARCHINI *et al*, 2011).

Se forem mantidas as medidas preconizadas pelo profissional, no âmbito de uma execução correta da técnica e da educação do paciente e/ou equipe de apoio, e pelo paciente idoso, quanto à fidelidade ao programa de acompanhamento proposto pelo profissional, certamente o a prótese irá contribuir para a manutenção da saúde geral e aumento da qualidade de vida do paciente (MARCHINI *et al*, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão da Odontologia na ESF representa uma relevante contribuição em prol da melhoria da qualidade de vida da população no país.

Observa-se que as práticas da ESF estão comprometidas com a solução dos problemas de saúde, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população. Cabe ao profissional inserido nessa nova proposta, enfrentar o desafio de ajustar o conteúdo técnico e científico da sua formação profissional à prática diária.

Esta consideração está baseada na prática profissional em ESF, onde os idosos muito custo, recorrem a tratamentos particulares, ficando a maioria da clientela desassistida. O número de idosos edêntulos é crescente e os pacientes usuários de prótese, pouco informados sobre a necessidade de consulta odontológica para inspeção da prótese, instrução de higienização e inspeção da saúde dos tecidos moles da cavidade oral.

Reconhecendo que o uso de próteses dentárias é um fator de risco para a saúde bucal se não for adequadamente confeccionada e não apresentar uma boa adaptação se faz relevante observar a conservação, higienização, tempo de uso da prótese e acompanhamento profissional. Sendo necessária a realização de controles do paciente contínuo pós-instalação e fornecer instruções quanto aos cuidados e higienização das próteses.

A prótese devolve ao paciente idoso a auto-estima e a aparência estética dos dentes, fatores estes de grande relevância para seu convívio social diário, em seu lar e para a saúde psicológica. Devolve a mastigação e o bem-estar de comer com mais tranquilidade, com também de conversar de poder sorrir.

Outro fator importante é que a prótese dentária para o idoso é a diminuição da salivagem, bem como a condição de consumir de verduras, frutas e legumes, por ser considerados alimentos de proteção bucal, porque auxilia na formação e

manutenção das estruturas bucais. É relevante associar a alimentação correta com uma higiene bucal adequada higiene, principalmente após o consumo de alimentos cítricos visando evitar erosão e hipersensibilidade dentária.

Os Centros de Especialidades Odontológicas que oferecem os serviços especializados, não dão cobertura necessária à clientela de idosos, na confecção de próteses total ou parcial. Para que seja possível uma melhor atribuição aos idosos com um atendimento condizente para próteses dentárias, seria uma através de uma parceria entre os gestores municipais e laboratórios particulares acessíveis aos pacientes. Atribuição essa relevante para a população idosa, pois, sem o envolvimento do profissional da saúde efetivamente em seu setor, e a dos gestores é impossível a resolução para essa população: saúde oral reabilitada estética e funcionalmente.

8 REFERÊNCIAS

ESPÍRITO SANTO, Secretaria Estadual de Saúde. **Formação Inicial de Agentes Comunitários de Saúde do Espírito Santo**. Caderno de Atividades, Vitória/ES, 2007.

Agência Notisa. **Pesquisa avalia impactos causados por problemas bucais no desempenho das pessoas**. 2008. Disponível em <<http://dtmedororofacial.wordpress.com/2008/02/02/pesquisa-avalia-impactos-causados-por-problemas-bucais-no-desempenho-das-pessoas/>>. Acesso em 12 de jan., 2011.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. nº 1, ano 01, p.02-16, jan./jun., 2002.

ALMEIDA, Alexandre Nunes de. **Determinantes do consumo de famílias com idosos e sem idosos com base na pesquisa de orçamentos familiares 1995/96**. Dissertação (Mestrado Economia Aplicada). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002, 96 f.

ARAÚJO, Marizeli Viana de Aragão. **Estudo das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Odontologia). Universidade Federal do Pará/PA, 2003, 126f.

ARAÚJO, Tereza Cristina Nascimento; ALVES, Maria Isabel Coelho. **Perfil da população idosa no Brasil. Textos Envelhecimento**, v.3, n.3, Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2000. p.1-13.

BARRETO, M.L. **Admirável mundo velho**. Velhice, fantasia e realidade social. São Paulo: Ática, 1992, 237 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Vade Mecum**. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2010(a).

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 28 de dezembro de 2010(b).

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2009. Disponível em <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>. Acesso em 02 de jan., 2011.

_____. **Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006**. 2006a. Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>. Acesso em 06 jan., 2011.

_____. **Saúde bucal**. Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, nº17. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. DAB – Departamento de Atenção Básica. 2004. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 12 de jan., 2011.

BOSCOV, Isabela. Para ficar de cabelos Brancos. **Revista Veja**. Editora abril, edição 1871, ano 37, 15/09/2004, 4-8 p.

CHAVES, Marcela Luiza Cunha; VÊSCOV, Selma de Jesus Bof. **Orientações de enfermagem frente às dúvidas vivenciadas por gestantes assistidas pela equipe de Saúde da Família de Jacumpemba, Município de Aracruz**. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família). Faculdades Integradas São Pedro – Faesa. Centro de Pós-graduação Campus III. Vitória/ES, 2006.

DUCHIADE, M.P.. População brasileira: um retrato em movimento. In **Os Muitos Brasis – Saúde e População na Década de 80** (M. C. S. Minayo, org.), pp. 14-56, São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, 56 p.

GALATO, Dayani; SILVA, Eduarda Souza da; TIBURCIO, Letícia de Souza. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol.15, n.6, 2010, pp. 2899-2905.

ESPOSTI, Carolina Dutra Degli. **A saúde bucal na saúde da família: ação comunicativa de Habermas guiando as relações**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória/ES, 2007. 141f.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GORDILHO, Adriano *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral do idoso**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade. 2000. Disponível em <<http://unati.uerj.br/publicacoes/textos.Unati/unati1.pdf>>. Acesso em 08 de julho, 2010.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GUIATTI, Luana. 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, 19(3):736-743, mai/junh, 2003,

LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de. **Mulheres presidiárias**: sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistência e privações. Mestrado (Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, 2005, 112f.

MARCHINI, Leonardo *et al.* **Prótese dentária na Terceira Idade**: considerações clínicas e preventivas diversas. 2011. Disponível em <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/protese-dentaria-na-terceira-idade-consideracoes-clinicas-e-preventivas-diversas.html>>. Acesso em 16 de mai, 2011.

MELO, Enrides Caetano Prates; CUNHA, Fátima Terezinha Scaparto; TONINI, Teresa. Políticas de Saúde Pública. In. FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de (org). **Práticas de enfermagem**: ensinando a cuidar em saúde pública. 4.ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem, 2003, p.47-72.

MELO, Enrides Caetano Prates; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Níveis de Atenção à Saúde: cuidado preventivo para o corpo sadio. In. FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. Práticas de enfermagem. 4.ed. São Paulo: Difusão, 2003.

MESAS, Arthur Eumann; ANDRADE, Selma Maffei de; CABRERA, Marcos Aparecido Sarriá. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira Epidemiologia**, vol.9, nº4, 2006, p. 471-480.

MONTI, Lira Marcela *et al.*. Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol.9, nº.2, 2006, p.01-12.

MOREIRA, Rafael da Silveira; NICO, Lucélia Silva; TOMITA, Nilce Emy; RUIZ, Tânia. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1665-1675, nov-dez, 2005.

MOURA, Luciana Melo. **Prevenção e Promoção de saúde**: uma análise científica. 2001. Disponível em <http://br.geocities.com/saude_rosavrp/temac.htm> Acesso em 12 de jan., 2011.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação (Mestrado em Medicina). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000, 79 p.

PAULUS Jr., Aylton; CORDONI Jr., Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, vol.8, nº1, 2006, p.13-19.

PEREIRA, Marco Tulio Pettinato; MONTENEGRO, Fernando Luiz Brunetti. **Saúde bucal no idoso**. 2010. Disponível em <<http://brasilclinicas.com.br/artigos/ler.aspx?artigoID=408>> Acesso em 10 de jan., 2011.

PEREIRA, Adriana Lemos *et al.*. Programas de Atenção à Saúde. In. FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. Práticas de enfermagem. 4.ed. São Paulo: Difusão, 2003.

PESQUERO, Ana Cristina Batista. **Uso de prótese dentária total por idosos**: aspectos psicológicos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Católica de Goiás/UCG. Goiânia – GO, 2005, 55f.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2003. Disponível em <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em 12 de jan., 2011.

RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In. FREITAS, Elizabete Viana de (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In. PEREIRA, Antonio Carlos (cols). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2008, p.28-49.

SCHELP, Diogo. A Ditadura dos Jovens. **Revista Veja**. Editora abril – edição 1867-ano 37-nº33, 18/8/2004, 10-11 p.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy. O SUS e a saúde da família. **Cadernos Metropolitanos**. Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, Brasília, 2005.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública – Opinião**. Rio de Janeiro/RJ, vol. 1, nº 2, 2003, p.12-17.

SOLLA, Jorge. Organizando o SUS a partir do PSF. Revista Brasileira de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ano 5, nº7, edição especial, p.7-8, jan 2003.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, ano 5, n.7, edição especial, p.10-23, jan 2003/abr 2004,

VERAS, Renato. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

_____; COUTINHO, E., COELI, C.M. Transtornos mentais em idosos: a contribuição da epidemiologia. In: _____. **Terceira idade**: envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará / UERJ, 1997, 26-35 p.

WAGNER, Hamilton Lima *et al.* Bases conceituais de trabalho em saúde da família. **Revista Médica do Paraná**. 57(12): 16-22, jan./dez., 1999.