

MARIA DE FÁTIMA GONÇALVES

SAÚDE BUCAL: Um Olhar sobre o Idoso na Atenção Básica

Governador Valadares

2010

MARIA DE FÁTIMA GONÇALVES

SAÚDE BUCAL: Um Olhar sobre o Idoso na Atenção Básica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família do Programa Ágora - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Manoelita Figueiredo de Magalhães

Governador Valadares

2010

A Deus, dedico esse trabalho pelo apoio incondicional.

Aos meus filhos: Marcelo, Marcos e Suzana, amigos e familiares, dedico esta realização.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus Todo-Poderoso, o Grande Autor desta vitória.

Aos meus filhos e netos, fãs incondicionais e verdadeiros amigos presentes em todo o percurso de minha vida.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação e qualificação profissional e pessoal.

A professora e orientadora Manoelita Figueiredo de Magalhães por seu apoio e inspiração no amadurecimento de meus conhecimentos e conceitos, que me levaram à execução e conclusão deste trabalho.

Aos amigos, colegas e familiares pelo carinho, força e constante incentivo para que pudesse vencer os obstáculos ao decorrer do curso.

Finalmente, e não menos importante, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a elaboração deste estudo.

ENVELHECER

Envelhecer é fato
Não dá pra fugir
E se hoje estamos aqui
É por causa das curvas do tempo
Que feito seus intentos
Nos envelheceu
Bem debaixo do seu nariz
O tempo passa lentamente
Junto da vida é envolvente
O tempo é uma criança jogando
videogame numa tarde de janeiro
Tardes que passam bem cedo
O tempo voa! Ligeiro!
Nos sábios cabelos grisalhos do meu
pai.
Vejo como o envelhecimento
É merecimento de uma vida
Em meio a uma constelação
Envelhecer é belo
Quando o tempo não bate com o
martelo
Na ampulheta esparramando
A areia como lágrimas
Que brilham ao sol
De uma vida que nos castiga
Com a cisão entre a espada e o dragão
Envelhecer é o certo
Quando se quer chegar ao final da
jornada
Sintonizado numa outra estação
Meu pai velho,
É meu pai belo
Imagem neste mundo do pai da criação
Envelheça ao lado do seu amor
E valorize cada novo sinal que chegou
Para que juntos possam sentir
Que a sua história não acaba
Pois é uma jóia
Que brilha sempiterna
Para além da vida
Que o tempo nos deixou

Leonardo Daniel

RESUMO

O contingente de idosos vem crescendo no Brasil nas últimas décadas. Isto pode ser comprovado por estudos demográficos que apresentam o processo de envelhecimento populacional. No entanto, não há melhoria nas condições de vida deste grupo. Este estudo, desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, teve como objetivo verificar a produção científica existente na literatura, que relacione a atuação da Equipe de Saúde Bucal, na Estratégia de Saúde da Família, com o foco na saúde bucal do idoso no Brasil. A faixa etária em que estão os idosos apresenta uma maior intensidade de doenças bucais, sendo que o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo é um reflexo da condição social e comportamental do indivíduo, podendo interferir diretamente em sua qualidade de vida. Constatou-se que, para melhorar a qualidade de vida da população com idade mais avançada, a prevenção, a promoção e manutenção precisam estar inseridas nas políticas de saúde pública. Concluiu-se que é importante viabilizar melhorias na política de saúde, por meio de um novo olhar na atenção básica prestada a população idosa, com a adoção urgente de um planejamento efetivo, onde os recursos disponíveis sejam usados com máxima eficiência para possibilitar a saúde oral e permitir a essa população manter-se saudável e independente por toda a vida. Em suma, os cuidados preventivos em saúde do idoso devem ser iniciados já na atenção básica, evitando-se gastos desnecessários com a Odontologia tradicional ou com a Medicina curativa.

Palavras-chave: saúde bucal; idoso; saúde do idoso.

ABSTRACT

In recent decades the number of elderly is growing in Brazil. This situation can be proven by studies that show the demographic process of population aging. However, there is no improvement in living conditions in this group. This study was developed through a literature review was to verify the existing scientific literature that relates to performance of the Oral Health Team, the Family Health Strategy with a focus on oral health of the elderly in Brazil. The age group who are the elderly has a higher intensity of oral diseases, and the conservation status of the teeth and the prevalence of tooth loss is a reflection of social status and behavior of the individual, which may directly interfere in your quality of life. It was found that to improve the quality of life with older age, prevention, promotion and maintenance must be included in public health policies. It was concluded that it is important to enable improvements in health policy through a new look at primary care provided to elderly population, with the immediate adoption of effective planning, where the available resources are used with maximum efficiency to enable the oral health and allow this population to remain healthy and independent throughout their lives. In short, preventive care in health in the elderly should be started in primary care, avoiding unnecessary expenses with traditional dentistry or medicine healing.

Keywords: oral health, aging, health of the elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS

CPOD –	Dentes cariados, perdidos e obturados
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF –	Estratégia de Saúde da Família
EUA –	Estados Unidos da América
NESPE -	Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento
OHIP -	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMS -	Organização Mundial da saúde
PNI -	Política Nacional do Idoso
PSF –	Programa Saúde da Família
SUS –	Sistema Único de Saúde
PTR -	Prótese total removível
TPOH -	Teste de Performance de Higiene Oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3 JUSTIFICATIVA.....	12
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
4.2 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE.....	15
4.3 O DIREITO DO IDOSO A SAÚDE BUCAL.....	16
4.4 ENVELHECIMENTO, SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA.....	17
4.5 OS DESAFIOS DAS AÇÕES E DO CUIDADO COM OS IDOSOS.....	25
5 DISCUSSÃO.....	32
5 CONCLUSÕES.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas vários estudos (BEAUVOIR, 1990; CHAIMOWICZ e GRECO, 1999; RODRIGUES *et al.*, 2000; TEIXEIRA, 2002; ROSA *et al.*, 2003) sobre o envelhecimento tem sido produzidos, no entanto, por apresentarem uma dimensão múltipla, não tem sido fácil apreender seu significado em sua totalidade. Parte-se então do pressuposto de que conceituar envelhecimento é complexo, pois envolve vários fatores que interagem neste processo.

Segundo Rodrigues *et al.* (2000), para se discutir o envelhecimento é importante considerar, além do critério cronológico, as manifestações de eventos biológicos que ocorrem em determinado período e que, por sua vez, têm consequências em todas as demais dimensões de vida e saúde dos idosos.

O processo de envelhecimento populacional vem-se constituindo num dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, principalmente nos países onde esse fenômeno tem ocorrido em situações de pobreza e grande desigualdade social. O envelhecimento da população mundial, que teve início nos países desenvolvidos, vem assumindo nos países subdesenvolvidos uma velocidade em níveis sem precedentes até então (LIMA-COSTA, 2003).

No Brasil, nos últimos 30 anos, a pirâmide etária vem apresentando crescente participação da população idosa, levando a um alargamento de seu ápice, que tende à retangularização. Do ponto de vista demográfico, existe superposição de uma população jovem de dimensão relevante, com uma população envelhecida também expressiva (MOREIRA, 2001; VERAS *et al.*, 2002).

Estima-se que, por volta de 2025, o Brasil ultrapasse os 30 milhões de idosos. Contudo, deve-se lembrar que o Brasil é marcado por grandes desigualdades - sejam elas sociais territoriais e econômicas - e, desta forma, o processo de envelhecimento apresentará especificidades variadas, reforçando as desigualdades, no que diz respeito à qualidade de vida e do bem-estar nas diferentes classes da população (BERQUÓ, 1996).

Na carta de Ottawa (OMS, 1986 *apud* BUSS, 2000), a promoção da saúde é definida como: "O processo de capacitação da comunidade para atuar na

melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Ou seja, ela deve assegurar a equidade e permitir que as comunidades e, os próprios indivíduos tenham a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde, além do acesso a subsídios e informações efetivas para que façam escolhas mais saudáveis tendo, sobretudo, liberdade para decidir sobre seus comportamentos (BUSS, 2000).

Ainda de acordo com a carta de Ottawa (OMS, 1986 *apud* BUSS, 2000), para que os indivíduos e grupos atinjam um estado completo de bem-estar físico, mental e social, é importante que saibam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Com isso, a promoção da saúde propõe um estilo de vida saudável, articulado com o alcance de condições estruturais básicas a uma vida digna. Desta maneira, percebe-se a necessária inter-relação entre governo, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. Além disso, as pessoas independentemente de sua faixa etária, devem se envolver nesse processo como indivíduos, famílias e comunidades.

A saúde tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (ROSA *et al.*, 1992; PUCCA JR., 2000).

Nos últimos cinquenta anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos. Foram implantados projetos incrementando a fluoroterapia e as atividades de educação em saúde bucal (PARAJARA e GUZZO, 2000).

Porém, os resultados deste investimento ainda não têm seus reflexos na população idosa, que está longe de atingir a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2000, em que na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam apresentar pelo menos vinte dentes em condições funcionais (FDI, 1982). Se não forem adotadas medidas que dêem continuidade a esse trabalho preventivo, o quadro de saúde bucal dessas pessoas talvez não apresente melhoras consideráveis com o passar do tempo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Revisar a literatura de produção científica relacionada à atuação da Equipe de Saúde Bucal, na Estratégia de Saúde da Família, em relação à saúde bucal do idoso no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Verificar a realidade sobre o cuidado integral do idoso, focando a saúde bucal desta população na atenção básica;
- b) Conhecer a importância atribuída à saúde bucal do idoso.

3 JUSTIFICATIVA

Mediante a realidade nacional, onde está em curso a transição demográfica e epidemiológica, com o idoso assumindo um percentual significativo da população, o cuidado da atenção básica, voltado para a população idosa, requer a oferta de serviços que possibilitem acesso e acolhimento, mas de maneira integrada com as demais práticas da rede de suporte social (PICCINI *et al.*, 2006).

Nesse sentido, mesmo que a atenção básica priorize ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, não se pode esquecer as condições desfavoráveis da saúde bucal de milhões de brasileiros, e que, por isso, o Brasil ainda ostenta o nada honroso título de país dos desdentados (CAPISTRANO, 2000).

Estas condições desfavoráveis são percebidas claramente nos resultados obtidos no último levantamento epidemiológico das condições da saúde bucal da população brasileira, denominado Projeto SB-Brasil, realizado em 2003 (VARGAS *et al.*, 2009). No Brasil, foram realizados quatro grandes estudos epidemiológicos de saúde bucal nos anos de 1986, 1993, 1996 e 2003, respectivamente. O último, denominado SB Brasil (2003), teve a amostra composta segundo idades - índice e faixas etárias sugeridas pela (OMS). Além de incluir adulto e idoso na amostra, um aspecto importante deste estudo foi o fato de que tanto a população urbana, quanto a rural, estava representada. Os resultados do SB Brasil (2003) indicaram que o percentual de edêntulos – indivíduos desprovidos de dentes – é o principal problema na faixa etária de 65 a 74 anos. Cinquenta e seis por cento dos idosos examinados não possuíam sequer um dente. Entre estes, 22% não possuíam nenhuma prótese dentária, e mais de 40% necessitariam de pelo menos uma. (VARGAS *et al.*, 2009).

Freitas (2004) afirmou ainda, que a perda significativa de dentes precocemente é atualmente uma realidade entre os idosos, o que conduz esta população a uma grande necessidade de prótese total removível (PTR).

Diante deste fato percebe-se que as ações e condições são precárias. A saúde bucal é percebida como um dos fortes componentes da qualidade de vida e auto-estima para este público, torna-se importante conhecer como os serviços de

atenção básica vem atendendo as demandas apresentadas pelos idosos (VARGAS *et al.*, 2009).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registros de medicamentos. Teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que são os princípios ideológicos ou doutrinários: a universalidade, integralidade e equidade e, os princípios organizativos, que são os princípios de descentralização, da regionalização e da hierarquização e o controle social (BRASIL, 2003).

Para Rodriguez Neto (1998), esta foi uma grande vitória que coloca a Constituição Brasileira entre as mais avançadas do mundo no campo de direito à saúde.

No âmbito do SUS, por meio da Portaria nº. 2.528 19 de outubro de 2006, é garantida a atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo de pessoas idosas no Brasil. Esta portaria estabelece diretrizes importantes para a atenção integral à saúde do idoso: 1) promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) manutenção e reabilitação da capacidade funcional; 3) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (BRASIL, 2006).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (BRASIL, 2010).

4.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) propicia um relacionamento cooperativo em que a equipe de saúde procura aliar os conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação e intenção (BRASIL, 2001).

Em 1994, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional que dá mais atenção à cura do que a prevenção de doenças (BRASIL, 2002). O PSF, além disso, caracteriza-se por intervenção inter e multidisciplinar e tem responsabilidade integral sobre a população na área de abrangência da unidade de saúde (BRASIL, 2002).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia de Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2004).

Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção básica da saúde, integrando o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde e da Estratégia de Saúde da Família elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais que se tem denominado “Atenção Básica à

Saúde” no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema (BRASIL, 2006).

Em 2006, a Portaria 648/Gabinete Ministerial, editou a nova Política Nacional da Atenção Básica definindo a saúde bucal como uma das áreas estratégicas para a atuação em saúde em todo país. O documento trouxe contribuição importante em face das dúvidas sobre o papel da odontologia na ESF, ao estabelecer as atribuições comuns dos profissionais da saúde e específicas da Equipe de Saúde Bucal (ESB) (MELLO *et al.*, 2008).

4.3 O DIREITO DO IDOSO À SAÚDE BUCAL

Os problemas de saúde modificam-se com o decorrer dos anos. O envelhecimento causa 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 (SILVA e SAINTRAIN, 2006).

Sabe-se que o Brasil, semelhante aos diversos países do mundo, está envelhecendo rapidamente. A população idosa, aqueles indivíduos com mais de 60 anos de idade, compõe atualmente o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais (CORMACK, 2007).

O direito à saúde ao idoso é garantido pelo Estatuto do Idoso que estabelece em seu Capítulo IV, Artigo 15:

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

Esses preceitos estão em concordância com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2003) que diz:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, sendo que a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida do idoso. O comprometimento da saúde bucal pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental, e diminuir o prazer de uma vida social ativa. Desta forma, a atenção em saúde bucal também é garantida pelo Estatuto do Idoso (RODRIGUES *et al.*, 2007).

4.4 ENVELHECIMENTO, SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA

Um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido é pela manutenção por toda sua vida de sua dentição natural, saudável e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar (ETTINGER, 1987).

Depois dos 40 anos a doença periodontal tem sido imputada como a principal causa de perdas de dentes. Em relação a essa situação os dados epidemiológicos recentes são contraditórios. Embora alguns estudos tenham constatado que depois dos 40 anos as extrações por motivos periodontais ultrapassem ligeiramente as extrações realizadas em função da cárie dentária, há outros estudos sugerindo que, até mesmo nos grupos etários mais idosos da população, o número de extrações por causas periodontais ainda seja inferior aos realizados devido à cárie (BAILIT, 1987).

A questão do envelhecimento populacional é de relevante importância. Com o objetivo de definir metas, há possibilidade de se contribuir para que gerações futuras cheguem a uma velhice mais saudável, para que haja um futuro com qualidade de vida e a implantação de projetos que distribuam igualmente oportunidades de bem viver, diminuindo as exclusões sociais, quando o ser humano se encontra fragilizado, física e psicologicamente (BRASIL, 2003).

Os medicamentos frequentemente mais consumidos pelos pacientes geriátricos são os agentes cardiovasculares, analgésicos, sedativos e tranquilizantes. A maior parte dessas drogas são associadas a efeitos de inibição do fluxo salivar, resultando num potencial aumento da susceptibilidade à cárie dental (GRYMONPRE e GALAN, 1991).

Existe um preconceito largamente arraigado na sociedade de que o idoso não utilizaria, com a mesma intensidade de um indivíduo mais jovem, os serviços profissionais dos cirurgiões-dentistas. Um estudo realizado junto a 747 dentistas de 4 cidades norte-americanas, baseado em 11909 pacientes, verificou que o estereótipo da baixa procura pelos dentistas por parte dos idosos é incorreto. Oitenta e cinco por cento dos idosos entrevistados em Boston - EUA - haviam visitado o dentista nos últimos 12 meses. Esse grupo não apenas responde por uma quantidade substancial das consultas odontológicas, como também deverá ser o que mais crescerá durante os anos 90 (PAPAS *et al.*, 1992).

Os idosos constituem o maior grupo de consumidores de medicamentos "per capita" em todo o mundo, e somente nos EUA eles consomem 25% da produção anual de medicamentos (TOMASELLI, 1992).

Nas duas últimas décadas alguns estudos relacionados com adultos idosos têm se fixado nas questões relacionadas à saliva, por se acreditar cada vez mais que ela seja indispensável à integridade dos dentes e dos tecidos bucais, e que as alterações no fluxo salivar, em sua composição ou em ambos, nos adultos de meia-idade e idosos, pode ter um papel relevante na maior suscetibilidade à cárie dental, assim como em outras doenças ou distúrbios bucais (LINDLE, 1992).

Rosa *et. al.* (1992) reconhecem que a odontologia, nesse contexto, tem o papel de manter as pessoas em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem criem repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo. Concluíram que aos 60 anos ou mais a cárie dental ataca aproximadamente 30 dentes (índice CPOD variando entre 29-31). Este dado nos mostra que, em média, cada idoso possui apenas dois dentes sadios.

Segundo Kalk *et al.* (1992), as necessidades de tratamento são extensas, principalmente o edentulismo, perdas parciais de dentes, cárie, doenças periodontais e desgastes anormais da estrutura dental.

A perda de apetite em idosos tem sido geralmente relacionada à ausência de elementos dentários e ao uso de próteses totais. De fato se observa que indivíduos portadores de próteses totais têm somente 1/6 da eficiência da mordida de pessoas com dentes naturais. Deste modo, pessoas com próteses totais tendem a consumir alimentos macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras e, geralmente, com baixa densidade nutricional. Entretanto, além dos fatores bucais, que são a causa primária das deficiências nutricionais em idosos, muitos outros fatores adversos afetam a seleção dietética desses indivíduos, tais como fatores psicológicos, farmacológicos e ainda desordens gastrintestinais (LAURIN *et al.*, 1992).

Em razão de problemas de saúde bucal, cerca de 11% a 14% dos idosos relatam que evitam sorrir e dar risadas (STRAUSS e HUNT, 1993).

Vários estudos demonstram que a doença periodontal aumenta com a idade. Por outro lado é conhecido que as médias e os padrões de perda óssea alveolar apresentam variações individuais e também em diferentes sítios da mesma pessoa. Demonstra-se que 60-100% dos idosos com dentição natural necessitam de alguma forma de tratamento periodontal (MACLNNIS *et al.*, 1993).

Apesar da direta relação entre idade e edentulismo, o número de idosos que tem preservado sua dentição natural tem crescido consideravelmente. Na Suécia 17,2% dos indivíduos de 55-64 anos possuem todos os dentes e nos EUA 18,8% dos idosos com mais de 60 anos ainda conservam pelo menos 20 dentes em suas arcadas dentárias (MERSEL *et al.*, 1993).

De acordo com os resultados do Questionário Nacional de Saúde Oral dos Trabalhadores Adulto e Sênior Americano (MARCUS *et al.*, 1994), o número médio de dentes remanescentes pode variar, consideravelmente, nos indivíduos idosos, segundo alguns fatores tais como nível educacional, salário e nível sócio-econômico. Nesse trabalho fica patente que a perda de elementos dentários é uma questão que deve ser percebida pelo seu componente social. Os indivíduos com mais de 65 anos que possuíam os mais baixos índices de escolaridade e menores proventos também apresentavam os mais altos índices de edentulismo. Além disso, os números da pesquisa mostram que o número de dentes extraídos varia entre 27 a 29, provando que o tratamento odontológico convencional e conservador falharam completamente. O percentual de edêntulos gira em torno

de 75% dos idosos examinados e, dentre estes, apenas 50% são portadores de prótese total superior e inferior, indicando que metade dos idosos são mutilados e sem acesso a aparelhos protéticos recuperadores. Outro dado de extrema importância é o elevado percentual de próteses totais mal adaptadas, deixando clara a falta de assistência odontológica posterior a sua colocação, gerando ampla iatrogenia.

Marino (1994) afirmou que a prevalência das doenças bucais como a cárie, a doença periodontal e o câncer, entre outros, não tem melhorado significativamente nesse grupo etário e, tanto a sociedade como os próprios idosos continuam aceitando essas doenças como algo normal e inevitável.

A crescente perda de habilidades manuais por parte dos idosos tem sido examinada em alguns trabalhos, e se avalia por meio de testes de observação direta, tal como o Teste de Performance de Higiene Oral (TPOH) que serve para estabelecer o nível de habilidade e/ou inabilidade individual, a fim de se prover o tipo de assistência necessária para os cuidados com a saúde bucal em casa (DOHERTY *et al.* 1994).

No decorrer da história observou-se que grande parte da população brasileira não tinha acesso a pasta dental, escova, água fluoretada e ao dentista. Dessa situação resultou o grande índice de edentulismo. Vale salientar que a procura pelo profissional se fazia em termos emergenciais, inviabilizando o tratamento do dente, seja pelo estado avançado de danos, ou pela inviabilidade econômica de recuperação. Portanto, a atual condição de saúde bucal precária do idoso é fruto de um passado onde a população não tinha suficiente e adequado acesso aos serviços odontológicos (PINTO, 1997).

Além das doenças de ordem sistêmicas, também o medicamento usado pelos idosos tem impacto sobre o ambiente bucal. Em uma ampla revisão sobre o assunto, Lindle, (1992) e Paunovich *et al.* (1997) relataram que a maioria das drogas prescritas, mais frequentemente, tem potencial de provocar efeitos colaterais na boca. As reações mais comuns são xerostomia, alteração no paladar e estomatites. Também pode ocorrer hiperplasia gengival decorrente de efeito colateral de anticonvulsivantes. Além disso, muitos medicamentos interferem direta ou indiretamente com os procedimentos odontológicos, devido a interações

medicamentosas, tendência a produzir hipotensão postural e alterações de humor.

A dieta pode afetar a cavidade bucal de várias maneiras direta ou indiretamente. Os dentes são afetados por cáries e doença periodontal, que podem levar a perda dental, a qual, por sua vez, pode influir na escolha da dieta. Em relação a cárie dental, doença que afeta 95% da população idosa, a dieta representa um dos fatores etiológicos mais importantes a ser considerado no espaço preventivo (ETTINGER, 1997).

Assim, a restrição do consumo excessivo de carboidratos fermentáveis e a redução da frequência de ingestão destes são medidas recomendadas para prevenir a acidificação bucal por longos períodos em pacientes de alto risco a cárie dental. No entanto, de modo geral, os hábitos alimentares são difíceis ser alterados, principalmente no idoso (PAPAS e ETTINGER, 1998).

A perda dos dentes ou uma dentição comprometida, dores bucais e perda do paladar podem forçar muitos pacientes idosos a alterar seus hábitos alimentares. Desta forma, a escolha dos alimentos e a qualidade nutricional da dieta podem ser afetadas pela instalação de próteses parciais removíveis ou próteses totais, principalmente quando mal-adaptadas ou com dentes artificiais gastos (PAPAS *et al.*, 1998). Daí a importância da manutenção da dentição natural, ou de parte dela sempre que possível, assim como a correta informação sobre a adaptação nutricional necessária, quando o paciente é portador de prótese.

Além da insatisfação com a alimentação, problemas psicológicos têm sido relatados devido a saúde bucal precária, tais como depressão por ausência de elementos dentais (reflexos na auto-imagem e na auto-estima), sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional, e até o isolamento (WOLF, 1998).

Seiger (1998) salienta que a perda dos dentes é um evento precipitador do sentimento de ser velho, o qual ocorre abruptamente em contraposição ao processo gradual de envelhecimento. Assim, o edentulismo é particularmente associado aos aspectos negativos da velhice, com a não-aceitação social por meio de perda de empregos e de parceiros.

Em uma pesquisa com adultos brasileiros de classe média Wolf (1998) verificou que a perda dos dentes é sentida como prejudicial à organização egóica e fator desencadeante de sentimentos de desamparo, impotência e diminuição da auto-estima. Portanto, a busca de recursos odontológicos para a substituição dos dentes perdidos estaria diretamente relacionada com a demanda de reconstituição da imagem pessoal e social dos indivíduos. Ainda segundo este mesmo autor, os idosos podem reagir a perda dos dentes de forma inconformista ou conformista. Os inconformistas procuram rapidamente os cuidados profissionais e são mais dedicados ao tratamento; já os conformistas assumem uma atitude passiva diante de tratamentos e aceitam as perdas como naturais. As atitudes dos idosos conformistas e de seus cuidadores dever ser mudada para que a demora de tratamento não traga mais prejuízos para a sua saúde. Nesse caso, mesmo que recursos de assistência estejam disponíveis, a precária situação bucal dos idosos não será melhorada se não houver orientação pela equipe de saúde.

Ettinger e Mulligan (1999), afirmaram que o cuidado odontogeriátrico inclui, pelo menos, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de cárie, doenças periodontais e da mucosa, assim como dores de cabeça e pescoço, disfunções salivares, problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação e deglutição. A incorporação de hábitos e de modos de vida mais saudáveis requer uma postura ativa e consciente da população. Para isso, é necessário que ela saiba para querer, e queira para pedir e fazer. A informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal. Trata-se de retirar da população da terceira idade o estigma de naturalmente doente, idéia que o próprio indivíduo idoso tem de si, para que as necessidades de saúde sejam percebidas e se tornem reais. Somente a partir daí ocorrem mudanças de atitudes pessoais, que são pré-requisitos para a reivindicação de medidas específicas e sua aceitação. Particularmente em relação à saúde bucal em idosos, esse aspecto é fundamental para que os indivíduos e seus familiares e ou cuidadores mantenham a motivação para o autocuidado e o seguimento de prescrições profissionais.

O controle do ambiente bucal é a medida preventiva específica mais importante em idosos, principalmente para prevenção de cáries dentais, sejam coronárias ou radiculares, periodontopatias e infecções oportunistas, principalmente por *Cândida albicans*. A remoção mecânica da placa bacteriana, por meio de escova e do fio dental, constitui um processo básico de higiene pessoal que não deve ser negligenciado, tanto para pacientes dentados, como para os pacientes portadores de próteses. A ausência e ou deficiência de atos mecânicos possibilita o acúmulo de uma placa bacteriana cada vez mais espessa, criando condições para o desequilíbrio da microbiota residente bucal, que leva à destruição de tecidos duros e moles (CURY, 1999).

Envelhecer é um processo contínuo e inevitável e que deve ser vivido da forma mais agradável possível, tentando-se prevenir e minimizar sintomas capazes de incapacitar o indivíduo (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002).

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.

A população mundial está ficando mais velha. A cada mês, o número de pessoas no mundo inteiro com 60 anos ou mais de idade aumenta em aproximadamente 1 milhão de pessoas. No Brasil este grupo populacional, que em 1950 era de 2,1 milhões de pessoas, deve chegar, segundo estimativas, ao ano 2025, aos 31,8 milhões, ou seja, em 75 anos a população idosa brasileira deve aumentar 15 vezes, enquanto a população total deve crescer cinco vezes. No Brasil, estima-se que até o ano de 2020 haverá um decréscimo de 2% na população com faixa etária de 15 a 64 anos e um aumento de 250% na população de 65 anos ou mais (ZUZA et al. 2002).

Não existem doenças bucais relacionadas diretamente à velhice. Apesar disso, alguns problemas como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, a secura na boca, as modificações no paladar e a perda de dimensão vertical (espaço medido da base do nariz à ponta do queixo quando os dentes estão cerrados, com a boca fechada) têm efeitos acumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo (COLUSSI e FREITAS, 2002).

O edentulismo parcial ou total exerce forte impacto sobre a vida do idoso, tanto em termos orgânicos, quanto psicológicos. Com o uso de próteses, ocorre uma diminuição do fluxo salivar e uma diminuição na capacidade mastigatória interferindo na deglutição do alimento de forma adequada. Além disso, tende a surgir também uma insatisfação com a própria estética bucal, constrangimento e a redução da auto-estima do idoso. Nem sempre o longevo lida bem com a necessidade de utilização de próteses, uma vez que estas o obrigam a mudanças de hábitos alimentares e de higiene. Em função de seu uso surge a necessidade de selecionar novos tipos de alimentos e/ou alterar a forma de consumi-los. Não raro, esse sujeito vê ausentar-se de seu cardápio alimentos que lhe são preciosos, seja sob o ponto de vista pessoal, seja orgânico. A mudança de uma dieta saudável para uma dieta com predominância de carboidratos e alimentos menos consistentes pode não conter os nutrientes adequados às necessidades biológicas, causando estados anêmicos e apáticos em pessoas mais susceptíveis (UNFER, 2006)

Nas últimas décadas, tem sido constatado um declínio nas taxas de natalidade e um aumento na expectativa de vida, com conseqüente crescimento da população idosa, e quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida. A saúde bucal tem um papel relevante. A saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional e o bem estar físico e mental e, diminuir o prazer de uma vida social ativa (REIS e MARCELO, 2006).

Para o atendimento de pessoas idosas é necessário que o odontólogo esteja apto a tratar estes pacientes de maneira especial, devendo estar atento ao estado geral de saúde, pois nesta fase avançada da idade é comum o aparecimento de problemas sistêmicos como a hipertensão arterial e os diabetes, podendo resultar até mesmo em complicações mais graves. Sabendo-se desta realidade, é necessária uma integralização médico-dentista objetivando, é claro, o bem do paciente idoso (ARAÚJO, 2006).

O grande desafio que se enfrenta é uma mudança do paradigma bucal do idoso brasileiro: de um belo par de próteses totais bem confeccionadas (e usadas por eles) no século passado, para um idoso que alcança os 70/80/90 anos com vários elementos dentários em sua cavidade bucal e que necessitará não de

apenas de reembasamentos das próteses que usem, mas de um verdadeiro programa preventivo voltado para a terceira idade. Esta é a grande meta deste século. Também se enfatiza a importância de se ter uma dentição (natural ou com próteses) em perfeito funcionamento, em nome da ingestão de bons nutrientes, para a formatação adequada do bolo alimentar com um claro ganho na saúde geral do indivíduo e por decorrência mais um fator para o aumento da expectativa de vida das pessoas. A busca da felicidade dos idosos deve ser o objetivo maior de toda a rede de suporte social para que se obtenha uma qualidade de vida ideal (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2010).

Já é sabido por toda a sociedade, que está ocorrendo o aumento da população idosa. Nos últimos 50 anos ocorreu um grande avanço tecnológico e novas descobertas que buscam, desesperadamente, maneiras de prolongar a vida das pessoas e propiciar uma melhor qualidade de vida. O crescimento da população idosa no Brasil tem acarretado um grande impacto, devido à falta de planejamento, de medidas assistenciais, de formação e capacitação do material humano necessário. Somado a esses fatores, grande parte de nossos idosos apresenta, além dos problemas de saúde, problemas sócio-econômicos. E investir na saúde na terceira idade, assim como em outras fases da vida, é de extrema importância, pois a saúde bucal melhora a saúde geral, assim como a estética agradável mantém a auto-estima e o bom desempenho social (PEREIRA, 2010).

4.5 OS DESAFIOS DAS AÇÕES E DO CUIDADO COM OS IDOSOS

Peres, *et al.* (1992) afirmaram que o interesse das ciências médicas sobre esse grupo populacional vem aumentando e obriga os profissionais de serviços de saúde a estarem mais preparados para o trabalho com estas pessoas, diferenciando adequadamente os fatores próprios do envelhecimento normal daquele que provém do meio ambiente.

Rosa *et al.* (1992) reconheceram que a odontologia, nesse contexto, tem o papel de manter as pessoas em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem criem repercussões negativas sobre a

saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo. Concluíram que aos 60 anos ou mais a cárie dental ataca aproximadamente 30 dentes (índice de dentes cariados, perdidos e obturados - CPOD variando entre 29-31). Este dado nos mostra que, em média, cada idoso possui apenas dois dentes sadios.

Salientaram ainda, a necessidade de políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde com ênfase na prevenção para reduzir os níveis de doenças nos idosos, afim de que as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento.

Uma vez que a saúde bucal é indissociável da saúde como um todo, fatores gerais do indivíduo e do ambiente afetam o sistema estomatognático e vice-versa, o que torna o conhecimento dessas interações de extrema importância para o diagnóstico das reais necessidades e prioridades do idoso, bem como para o delineamento do plano de ação. Assim sendo, o trabalho com a terceira idade exige a formação de uma ampla rede de conhecimentos de mão dupla. Por um lado, é necessário que dentistas e pesquisadores considerem o impacto da saúde geral e das condições de vida na saúde bucal. Essa informação é particularmente importante, por exemplo, no atendimento a pacientes com deficiência cognitiva, comprometimento sistêmico e sob medicação, situações frequentemente encontradas na população idosa (SHINKAI e DEL BEL CURY, 2000).

Já no sentido inverso, tem-se o efeito do desequilíbrio da saúde bucal sobre a saúde geral do indivíduo, com implicações às vezes dramáticas na qualidade de vida e no bem estar do idoso. O impacto social e psicológico das condições bucais podem ser medidos por diversas escalas validadas internacionalmente, como o *Oral Health Impact Profile* (OHIP - 1993). Condições orais precárias têm impacto negativo na vida diária de grande parte da população idosa, principalmente em pacientes edentados e pacientes dentados que não tem atendimento odontológico regular, sendo que as principais queixas referem-se a limitações funcionais (dificuldade de mastigação, fonação, respiração, aparência, retenção de alimentos nos dentes, próteses e desadaptação de próteses) (LOCKER e SLADE, 1993).

Embora a atuação odontológica deva ocorrer em todos os níveis – promoção de saúde, prevenção específica e reabilitação, por meio de medidas

integradas entre si e no contexto biopsicossocial do indivíduo – a prevenção é destacada como a estratégia fundamental para a saúde bucal dos idosos (FDI, 1993).

Na área de saúde bucal, estudo realizado por Pereira *et al.* (1996) mostraram que os idosos formam um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande quantidade de problemas periodontais, lesões de mucosa bucal e uso de próteses inadequadas. Esta situação é decorrente da escassez de programas de saúde dirigidos a estes indivíduos, pois estes não representam prioridade nos serviços públicos, mesmo em face aos problemas acumulados e à forte mudança demográfica verificada no país.

Neste contexto de dificuldades, uma das áreas que poderia ser explorada é a das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na autopercepção, conscientizando o indivíduo para a necessidade de cuidado com sua saúde bucal. Para isso é necessário entender como o indivíduo percebe a condição de sua boca, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção e pela importância dada a ela (SILVA, 1999). Estudos sobre esta percepção mostraram que ela está relacionada com alguns fatores clínicos, fatores qualitativos como sintomas das doenças e a capacidade de sorrir, falar ou mastigar, além de ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda, e gênero (STEELE *et al.*, 1999).

O uso de diversas substâncias antimicrobianas para o controle químico da placa bacteriana bucal tem sido amplamente pesquisado. Uma de suas indicações clínicas seria para pacientes especiais, com dificuldades para o controle mecânico da placa, em especial quando há dependência dos cuidados de outra pessoa (CURY, 1999). Em pacientes idosos com alto risco a cáries e gengivites, a utilização de Clorexidina a 0,12% tem se mostrado eficaz para controlar a população bacteriana bucal (ERICKSON, 1999).

Locker e Slade (1999) enfatizaram que a orientação dos fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, irritação mecânica das mucosas bucais) e o diagnóstico precoce de câncer de boca são medidas preventivas que requerem o envolvimento de todos os profissionais que cuidam do idoso, e não só do cirurgião-dentista.

Embora a odontologia preventiva seja prioritária nos idosos, a reabilitação bucal, por meio de restaurações diretas e todos os tipos de próteses, representam um papel muito importante nesse segmento da população. Devido ao acúmulo de problemas odontológicos durante toda a vida do idoso, a odontologia restauradora vem auxiliar no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem estar do indivíduo direta e indiretamente. Assim, a intervenção odontológica em nível curativo tem implicações na alimentação, na auto-imagem, na auto-estima e no convívio social (STRAUSS e HUNT, 1999).

Shinkai *et al.* (2000), concluíram que a inserção da odontologia na equipe de atenção à saúde do idoso é uma tarefa que deve envolver múltiplos esforços: na incorporação do conceito de saúde integral na prática odontológica, na capacitação geriátrica e gerontológica no ensino, na pesquisa e na prestação de serviços, e na divulgação da amplitude da atuação odontológica e de suas inter-relações com as outras áreas profissionais. A odontologia somente se tornará parte efetiva do time quando se fizer necessária e for percebida como tal.

É difícil estimar a futura situação de saúde bucal e as necessidades de tratamento da próxima geração de idosos por meio dos dados epidemiológicos da população idosa hoje, pelo fato de existirem mudanças significativas, principalmente devido ao contato com o flúor, pelo uso de dentífricos e pela água de abastecimento público. Porém, é necessário conhecer o estado de saúde bucal desse grupo etário, como também obter dados epidemiológicos que sirvam de subsídios para o desenvolvimento de programas direcionados a essa população, que ainda são praticamente inexistentes no Brasil (PUCCA JR., 2000).

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 este 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.

Colussi e Freitas (2002), concluíram que o serviço público necessita de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira

idade dentre os quais, se situa a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo. A implementação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa brasileira. A situação atual não deve mudar a médio ou curto prazo, pois este grupo etário continua sem atendimento, seja porque os serviços públicos realizam, nessa faixa etária, apenas atendimento emergencial ou porque os serviços particulares não são acessíveis a maioria das pessoas.

O aumento da população idosa no Brasil nos obriga a fazer um adequado planejamento para o atendimento dessa crescente população, que já a partir do ano 2000 pôde ser claramente perceptível, nos atendimentos ambulatoriais e consultórios privados. Portanto, o crescimento da população idosa no país deve merecer, cada vez mais o interesse dos órgãos públicos, dos formadores de políticas sociais e da sociedade em geral, devendo-se levar em conta, principalmente, as características demográficas, econômicas e sociais. Diante dessa realidade, novas demandas por serviços, benefícios e atenções constituem-se em desafios para os governantes e para a sociedade do presente e do futuro, uma oportunidade para os idosos reescreverem sua história com novos conceitos (FREITAS *et al.*, 2002).

Para atender o aumento da demanda de pacientes idosos, as pesquisas e ações públicas, por meio de novas estratégias, buscam melhorar a qualidade de vida dos idosos investindo em novas tecnologias, formação e qualificação de recursos profissionais. Isso já ocorre, tanto que a Política Nacional do Idoso, por meio da Lei 8.843/1994, que dá competência ao Ministério de Previdência e Assistência Social para organizar e promover a capacitação de profissionais interessados em atender a população idosa, devendo estes viabilizar, também, o treinamento de cuidadores domiciliares, com fins de envolver e obter a cooperação das famílias na continuidade de cuidados (FREITAS *et al.* 2002).

Segundo FREIRE (2005) o indivíduo, no processo saúde-doença, deve ser avaliado de forma completa, reunindo saberes das diversas áreas e atuando de forma interdisciplinar, estas características são importantes para os profissionais

de saúde, principalmente os que atuam na atenção primária que representam a porta de entrada do serviço público de saúde. Ainda segundo o autor, considera-se, portanto, que a odontologia necessita encontrar estratégias para difundir, de forma interdisciplinar, a temática saúde bucal, especialmente a do idoso, como uma população em crescimento e que apresenta um acúmulo de necessidades de atenção não satisfeitas pela Odontologia durante a sua história.

A saúde do idoso demanda ações da família e dos serviços de saúde, privados e públicos. Pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE), do Ministério da Saúde, aponta que 73% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do sistema público de saúde. Considerando que os investimentos direcionados a essa área são historicamente insuficientes e os baixos rendimentos desses idosos para sua sobrevivência, configura-se uma situação de alta complexidade (REIS e MARCELO, 2006).

Com o aumento da população idosa, encontraremos um “novo idoso”, com suas condições físicas, sociais e psíquicas bastantes particulares, que demandará por uma maior e mais diversificada atenção por parte dos dentistas e de outros profissionais da saúde. As demandas e necessidades do contingente idoso brasileiro estão aumentando, particularmente no campo da saúde, nas demandas nos problemas de saúde bucal de primordial importância, embora não encontrem resposta adequada ao sistema de saúde brasileiro (MELLO e GONÇALVES, 2006).

Sabe-se que para se garantir o sucesso na assistência ao idoso, no que concerne na sua saúde como um todo, é importante que essa atenção seja realizada de forma integrada, como preconiza a Portaria n. 1395 de 10 de dezembro de 1999, promovendo o envelhecimento saudável, mantendo e reabilitando a capacidade funcional e apoiando o desenvolvimento de cuidados informais (ARAÚJO, 2006).

A terceira idade é amparada pela Política Nacional do Idoso (PNI/Lei 8842/94-Brasil), havendo diretrizes a serem seguidas, porém sua implementação ainda não se fez de forma completa (MOTTA e AGUIAR, 2006).

A saúde bucal de idosos está abandonada pelos profissionais de saúde, identificando a necessidade premente de ações interdisciplinares que possam mudar este quadro. Tecer as interfaces existentes entre a equipe e a odontologia,

associada à revisão de conceitos e implementação de ações é fundamental para a adequação do cuidado à saúde bucal do idoso (CREUTZBERG *et al.*, 2006).

Durante muito tempo a educação em relação a comportamentos, hábitos e estilo de vida foram a abordagem dominante na prevenção das doenças bucais. Evidências na área da saúde mostraram limitações desta abordagem na melhoria da condição de saúde da população, refletindo a atual condição bucal dos idosos (BRASIL, 2007).

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2007).

O crescimento da população idosa no Brasil tem acarretado um grande impacto, devido à falta de planejamento, de medidas assistenciais, de formação e capacitação do material humano necessário. Somado a esses fatores, grande parte de nossos idosos apresenta, além dos problemas de saúde, problemas sócio-econômicos (BRASIL, 2007).

A promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal devem estar inseridas na rotina de todas as instituições, e em especial naquelas dos indivíduos da terceira idade, uma vez que a condição bucal, em última instância, influencia diretamente a qualidade de vida, por definir sua capacidade de mastigação, nutrição, fonética e de socialização. E por isto, é importante que o idoso seja orientado em relação a vários aspectos de sua saúde, como por exemplo, saber qual a melhor dieta, saber cuidar dos dentes e gengivas, saber realizar um auto-exame na boca para ver se tem anormalidades, etc. Enfim, realizar a prevenção na terceira idade é fundamental para se ter saúde bucal e qualidade de vida em todos os sentidos (PEREIRA, 2010).

5 DISCUSSÃO

O contingente de idosos vem crescendo no Brasil nas últimas décadas, isto pode ser visto por meio de estudos demográficos onde fica claro o processo de envelhecimento populacional.

Infelizmente, os idosos padecem pela falta de políticas públicas adequadas e de tratamento especializado. A realização de procedimentos específicos em programas de saúde pública se faz necessária, visto que esta faixa etária vem aumentando a cada ano que passa. Existe, então, a necessidade de se revisar o planejamento dos governos, sendo que os poderes públicos precisam investir maiores recursos na questão da saúde bucal da população idosa para que se tenham resultados satisfatórios.

Um dos critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido é pela manutenção por toda a sua vida de sua dentição natural, saudável e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar (ETTINGER, 1987).

Lima-Costa (2003) afirmou que o crescente aumento de idosos vem-se constituindo num dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, principalmente nos países onde esse fenômeno tem ocorrido em situações de pobreza e grande desigualdade social.

A autora do presente estudo concorda tanto com os autores já citados, assim como com os pesquisadores a seguir, que mostraram os problemas bucais e as soluções para esta faixa etária. O foco principal está nas soluções e nas possibilidades apresentadas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos do Brasil.

Segundo Kalk *et al.* (1992), as necessidades de tratamento são extensas, principalmente o edentulismo, perdas parciais de dentes, cárie, doenças periodontais e desgastes anormais da estrutura dental.

É importante relatar o texto de Locker e Slade (1993) a respeito das principais queixas referentes às limitações funcionais dos idosos como

dificuldades de mastigação, fonação, respiração, aparência, retenção de alimentos nos dentes e desadaptação de próteses.

Além da insatisfação com a alimentação, os idosos relatam problemas psicológicos devido à saúde bucal precária, tais como depressão por ausência de elementos dentais (reflexos na auto-imagem e na auto-estima), sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos sociais, familiar, amoroso, profissional e, até, o isolamento (SEGER, 1998; WOLF, 1998).

Pereira *et al.* (1996) realizaram um estudo e mostraram que há escassez de programas de saúde dirigidos a estes indivíduos, pois estes não representam prioridade nos serviços públicos, mesmo em face aos problemas acumulados e à forte mudança demográfica verificada no país.

Devido a grande importância do processo de trabalho de forma interdisciplinar entre os profissionais, Freire (2005) afirmou que o idoso deve ser avaliado de forma completa no processo saúde-doença, reunindo saberes das diversas áreas. Estas características são necessárias principalmente aos profissionais de saúde que atuam na atenção primária porque representam a porta de entrada do serviço público de saúde

Esta mesma opinião é compartilhada por Ettinger e Mulligan (1999) e por Brunetti e Montenegro, (2002) ao afirmarem que a incorporação de hábitos e de modos de vida mais saudáveis requer uma postura ativa e consciente da população. A informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal.

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. O crescimento da população idosa no Brasil tem acarretado um grande impacto, devido à falta de planejamento, de medidas assistenciais, de formação e capacitação do material humano necessário. Somado a esses fatores, grande parte de nossos idosos apresentam além dos problemas de saúde, problemas sócio-econômicos (BRASIL, 2007).

A promoção, prevenção e manutenção estão inseridas nas políticas da saúde pública com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população com

idade mais avançada (PEREIRA, 2010). O mesmo autor, diz que investir na saúde na terceira idade, assim como em outras fases da vida, é de extrema importância, pois a saúde bucal melhora a saúde geral, assim como a estética agradável mantém a auto-estima e o bom desempenho social.

Devido a deficiência da saúde bucal dos idosos acamados, deve-se orientar os seus cuidadores sobre a importância com os cuidados bucais, já que a Odontologia está implantada na ESF, a fim proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida, como também foi relatado por Shinkai e Del Bel Cury (2000).

Colussi e Freitas (2002), concluíram que a situação atual do idoso não deve mudar a médio ou curto prazo, pois este grupo etário continua sem atendimento, seja porque os serviços públicos realizam apenas atendimento emergencial nessa faixa etária, ou porque os serviços particulares não são acessíveis a maioria das pessoas.

Diante desta realidade, Freitas *et al.* (2002) relataram que o crescimento da população idosa no país deve merecer cada vez mais o interesse dos órgãos públicos, dos formadores de políticas sociais e da sociedade em geral, devendo-se levar em conta, principalmente, as características demográficas, econômicas e sociais.

Brunetti e Montenegro (2010) enfatizaram que o grande desafio e a meta deste século é a importância de se ter uma dentição natural ou, com próteses, em perfeito funcionamento, o que proporcionará a ingestão de bons nutrientes para a formatação adequada do bolo alimentar. Isto levará a um claro ganho na saúde geral do indivíduo e, por decorrência, será mais um fator para o aumento da expectativa de vida das pessoas. A busca da felicidade dos idosos deve ser o objetivo maior de toda a rede de suporte social para que se obtenha uma qualidade de vida ideal.

Enfim, realizar a prevenção na terceira idade é fundamental para se ter saúde bucal e qualidade de vida em todos os sentidos (PEREIRA, 2010).

Neste sentido, é importante viabilizar melhorias na atenção prestada a essa população, além de ser necessária a adoção, urgente, de uma política de saúde bem planejada em que os recursos disponíveis sejam usados com a máxima eficiência, por meio de um novo olhar na atenção básica, para aqueles que se preocupam com a saúde oral e querem manter-se saudáveis por toda a vida. O

mais importante de tudo é que, se os cuidados preventivos forem iniciados já na atenção básica, o custo será mínimo e ainda poderá haver diminuição de gastos com a Odontologia tradicional ou Medicina curativa, que são altamente onerosos e às vezes até ineficazes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado neste estudo, pode-se constatar que:

- O acentuado crescimento da população idosa no Brasil tem acarretado um grande impacto nos programas assistenciais públicos, devido à falta de planejamento, de medidas assistenciais, de formação e capacitação do material humano necessário;
- É necessária uma política de saúde pública, na atenção primária, focando o atendimento integral do idoso, por meio de ações educativas de prevenção, manutenção e promoção de saúde na atenção básica, porque a grande maioria desta população apresenta uma grande intensidade de doenças bucais, como o edentulismo e necessidade de próteses, associadas a várias enfermidades relacionadas ao envelhecimento e ainda agravadas por problemas sócio-econômicos.
- Torna-se urgente adequar e preparar os serviços de saúde na atenção básica para atender o considerável crescimento da população idosa do Brasil, a fim de se contribuir para a longevidade com qualidade de vida desta população, devido ao aumento da expectativa de vida da mesma.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. I. **Atendimento ao idoso desperta a atenção de dentista brasileiro**, Texto impresso. UFPA. Belém. 2006.

BAILIT, H. L. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? **J Am Dent Ass**, v. 114, p. 40-5, 1987.

BEAUVOIR, S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população do Brasil. In: I Seminário Internacional “envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século”. **Anais**. Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: MPAS, 1996.

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

_____. Ministério da Saúde, **Apostila: O Programa Saúde da Família e a atenção básica no Brasil**, Brasília, 2002.

_____. Lei nº. 10.741. **Estatuto do idoso**. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

_____. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família**, v. 1, Brasília, DF, 2004.

_____. **Constituição Federal 1988**. 33 ed.: São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Lei 8.842/94, **Portaria 2.528** de Out.19, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395> Acesso em: 12 maio 2010.

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

BRUNETTI, R. F.;MONTENEGRO, F. L. B. Um pouco sobre a odontogeriatría e sua participação na melhora da qualidade de vida dos idosos. In: **Medcenter – Odontologia**. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=869>>. Acesso em: 12 maio. 2010.

BUSS, P. M. Promoção de Saúde e qualidade de vida. **Rev Ciên. Saú. Col.**, v. 5, n. 1, p. 163- 177, 2000.

CAPISTRANO, D. F. O cirurgião dentista no programa saúde da família. **Rev Bras Odont Saú Col**, v. 1, n. 2, p. 8, 2000.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saú. Pub.**, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999.

COLUSSI, C. F. e FREITAS, S. F. T. Aspectos Epidemiológicos da Saúde Bucal do Idoso no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 5, v. 18, p. 1313-1320, set./out. 2002.

CORMACK, E. F. **A saúde oral do idoso**. 2006. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>. Acesso em: 10 maio 2010.

CREUTZBERG, M. *et al.* Interfaces of geriatric nursing and dental care. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 3, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn303creutzbergetal.htm> Acesso em: 12 maio. 2010.

CURY, J. A. Controle químico da placa dental. In: **ABOPREV**: Promoção de Saúde Bucal, São Paulo: Artes Médicas, 1999.

DOHERTY, S. A. *et al.* The oral hygiene performance test: development and validation of dental dexterity scale for the elderly. **Spec Care Dent**, v. 14, n. 4, p. 144-52, 1994.

ERICKSON, L. Oral health promotion for older adults. **Dent. Clin. North Am.**, v. 41, n. 4, p. 727-750, 1999.

ETTINGER, R. L. Oral diseases and its affectcts on the quality of life. **Geriodontics**, v. 3, p. 103-6, 1987.

ETTINGER, R. L. The unique oral health needs of an aging population. **Dental Clinics of North America**, v. 41, p. 633-649, 1997.

ETTINGER, R. L., MULLIGAN, R. The Future of Dental Care for the Elderly Population. **J. Calif. Dent. Assoc.**, Sacramento, n. 9, v. 27, p. 87-692, sept., 1999.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNACIONALE – FDI. Global goals for oral health in the year 2000. **Internacional Dental Journal**, v. 32, p. 74-77, 1982.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNACIONALE (FDI) Necesidades de salud bucal del anciano. **FDI Dental World**, v. 2, p. 13, 1993.

FREIRE, D. B. L. A boca não existe: saberes e práticas de trabalhadores da saúde comunitária sobre saúde bucal de idosos. 148 fls. Dissertação. (Mestrado em Odontologia). **Porto Alegre**: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia 2005.

FREITAS, J. B. Alterações da mucosa bucal em idosos usuários e não usuários de prótese total removível em duas comunidades rurais de Minas Gerais. Dissertação (Odontologia). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2004. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

FREITAS, M. C., *et al.* Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: Revisão da literatura. **Rev. Latino- Americana Enfermagem** v. 10, n. 2, p. 221-228, mar./abr. 2002.

GRYMONPRE, R.; GALAN, D. Challenges associated with drugs use in the elderly: impacctions for dentistry. **J. Can Dent Assoc.** v. 57, p. 203-7, 1991.

KALK, W. *et al.* Is there a need for gerodontology? **International Dental Journal**, v. 42, p. 209-216, 1992.

LAURIN, D. *et al.* Nutritional deficiencies and gastrointestinal disorders in edentulous elderly. **Am J Clin Nutr**, v. 58, n. 9, p. 738- 40,1992.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

LINDLE, J. **Tratado de peridontologia clínica**, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. **J. Epidemiol.**, v. 24, n. 3, p. 85-89, 1997.

LOCKER, D.; SLADE, G. Oral health and the quality of life among older adults: The oral health impact profile. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 59, p. 830-838, 1993.

MACLNNIS, W. A. Oral health status and treatment needs of an insured elderly population, **J Can Dental Assoc**, v. 59, n. 5, p. 465-75, 1993.

MARCUS, S. E. *et al.* Prevalence and demographic correlates of tooth loss among the elderly in the USA. **Spec Care Dent**. v. 14, n. 3, p. 123-7, 1994.

MARINO, R. La Salud Bucodental de los Ancianos: Realidad, Mitos y posibilidades. **Boletim de la Oficina Sanitaria**. Panam., Washington, n. 5, v. 116, p. 419-426, 1994.

MELLO, A. L. S. F; GONÇALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n. 6, p. 1683-1690. 2006.

MELLO, A. L. S. F. *et al.* Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v.17, n. 4, p. 696-704. out./dez. 2008.

MERSEL, A. *et al.* Geriodontics: an epidemiologic perspective. **Spec Care Dentist**, v. 6, p. 13-4, 1993

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, I. R. org. **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade**: subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR: ABEP, 2001.

MOTTA, L. B; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2006.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Funciones esenciales de La salud pública. In: _____ La salud pública em las Américas: nuevos conceptos, analisis Del desempeño y bases para La accion. Publicación científica y técnica, n. 589, p. 59-71, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde Bucal Manual de Instruções**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2002.

PAPAS, A. S.; ETTINGER, R. L. Symposium overview: The inter-relationship of diet and oral health. **Special Care in Dentistry**, 18:5, 1998.

PAPAS, A. *et al.* Prevalence and intraoral distribution of coronal and root caries in middle-aged and olders adults. **Caries Res**, v. 26, n. 1 p. 459-65, 1992.

PAPAS, A. S. *et al.* The effects of denture status on nutrition. **Special Care in Dentistry**, 18:17-25, 1998.

PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim, é possível envelhecer saudável! **Rev Ass. Paul. Cirurgiões-Dentistas**, v. 54, p. 91-99, 2000.

PAUNOVICH, E. D. *et al.* The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. **Dental Clinics of North America**, v. 41, p. 699-726, 1997.

PEREIRA, A. C. *et al.* Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. **Braz. Dent. J.** v.2, n.7, p.97-102, 1996.

PEREIRA, M. T. P. Qualidade de vida e saúde bucal na terceira idade. In: **Boa Saúde**, 2010. Disponível em: <<http://www.boasaude.com.br>>. Acesso em: 15 maio 2010.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L. (coord.). **ABROPREV: promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

PERES, E. A. *et al.* Estado de la Education en gero – odontología en la America Latina: hallazgos de una encuesta. **Educ. Med. Salud.** n. 3, v. 26, p. 155-160, 1992.

PUCCA JR., G. A., A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. São Paulo: Medcenter, 2000.

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 191-199, jan./mar. 2006.

RODRIGUES, C. K. *et al.* Aspectos legais da promoção de saúde bucal em instituições de cuidado ao idoso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 331-5 set-dez, 2007.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. NESP. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde.** Brasília: MS, 1998.

ROSA, A. G. F. *et al.* Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 155-160, 1992.

ROSA, T. E. C., *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SEGER, L. Psicologia aplicada à prótese. In: _____. **Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora**, São Paulo: Livraria Santos, 1998.

SHINKAI, R. S. A. *et al.* Abordagem interdisciplinar na formação do Cirurgião-Dentista para atenção Integral a Saúde do Idoso. **Rev. Odonto Ciência**, n. 30, Fac. Odonto/PUCRS, 2000.

SILVA, S.R.C. **Auto percepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade.** (Tese doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999.

SILVA, A. L.; SAINTRAIN, M. V. L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Rev Bras Epidemiologia**. v. 9, n.2, p.242-50, abril. 2006.

STEELE, J. G. *et al.* Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, n.25, p.143-149, 1999.

STRAUSS, R. P.; HUNT, R. J. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. **Journal of the American Dental Association**, v. 124, p. 105-110, 1993.

STRAUSS, R. P.; HUNT, R. J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **JADA**, v.124, p.105-110, 1999.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 144p. Dissertação (Mestrado) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2002.

TOMASELLI, C.E. Pharmacotherapy in geriatric population, **Spec. Care Dent**, v. 12, n. 3, p. 107-11, 1992.

UNFER, B. *et al.* Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface, Botucatu**, v. 10, n. 19, p. 217-226, 2006.

VARGAS, A.M.D. *et al.* Saúde Bucal: atenção ao idoso. Unidade Didática II, mar. 2009.

VERAS, R. P.; *et al.* Novos paradigmas do modelo assistencial do setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In:___ Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: UMA TI/UERJ, 2002.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 52, p. 307-316, 1998.

ZUZA, E. P. *et al.* Avaliações das Condições Bucais de Idosos Institucionalizados, **Robrac**, v. 11, n. 32, p. 10-12, 2002.