

ATENDIMENTO DIFERENCIADO AOS IDOSOS NO PSF

Marília Oliveira Andrade

Suzana Caroline dos Santos Oliveira

Cristiane Costa da Cunha Oliveira

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo discutir, por meio de uma revisão de literatura, a necessidade do atendimento diferenciado ao grupo do idoso no Programa de Saúde da Família. Com uma estimativa de 15% da população brasileira ser de idosos daqui a 18 anos, observa-se a necessidade de uma atenção especial a esse grupo populacional. As condições de saúde dessa faixa etária necessita de melhorias, incluindo a saúde bucal, que representa a área de menor procura de atendimento pelos idosos. As doenças bucais mais prevalentes são o edentulismo e a xerostomia, que fazem parte de um conjunto de peculiaridades relacionadas aos idosos. Torna-se necessário uma atenção integral e diferenciada em relação à saúde do idoso, devendo se basear fundamentalmente na família, com o apoio nas Unidades Básicas de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, tendo como princípios a atenção especial ao idoso com medidas promocionais de proteção específica, e de reabilitação, além das competências, habilidades e atribuições necessárias da equipe. A classe odontológica deve estar ciente e alerta para esta questão, de forma a ampliar o estudo e a pesquisa nessa área, contribuindo para resolver todos os problemas relacionados à saúde dos pacientes da terceira idade.

PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento, odontologia geriátrica, saúde pública.

ABSTRACT

This present work aimed at discussing, through a literature review, the necessity of a differentiated service of an elderly group in the Family Health Program. Within an estimative that 18 years from now, 15% of the population will be constituted by elderly, it is observed the need to draw special attention to this specific group of people. Health conditions of this age group require improvements, including oral health, which represents the area elderly less seeks for service. The diseases that are most prevalent are edentulism and xerostomia, which are part of a set of peculiarities related to elderly. It has become essential to focus integral attention to the health of elderly, fundamentally, based on family, with a backup support of Health Basic Units executing the Estratégia da Saúde da Família (Family Health Strategy), having as principles special attention to elderly as promotional measures of specific protection, and of rehabilitation, besides team's-work attributions, abilities, and competences needed. The odontological class must be aware of this issue, aiming at amplifying the researches on this area, contributing to solve all problems related to the health of elder patients.

KEY WORDS

Aging, geriatric dentistry, public health.

INTRODUÇÃO

O Brasil não é um país de jovens, a população idosa (indivíduos com 60 anos ou mais) cresceu até 2005 onze vezes a mais que a população total, isso se deve ao fato do declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade, e revela que os idosos necessitam de mais atenção no nosso país. Os idosos sofrem diminuição da massa muscular, da água corporal e modificações por causa do envelhecimento, isso promove alterações na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas, levando a efeitos adversos e interações medicamentosas, e conseqüentemente, a internações hospitalares e elevação dos custos do sistema

de saúde. É comum eles apresentarem doenças crônicas, que podem gerar repercussões na cavidade bucal, e modificações cognitivas e efetivas que ocorrem no decorrer do tempo.

A melhoria das condições de saúde bucal dos idosos poderia se dar pelas ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e autopercepção, instruindo esse grupo a perceber a necessidade de um tratamento odontológico, sem levar em consideração somente a dor, os problemas funcionais, sociais e as crenças de que eles têm doenças inevitáveis devido à idade avançada. Para reorganizar o modelo de assistência à saúde anterior que dava mais atenção à cura do que à prevenção das doenças, foi implementado o Programa de Saúde da Família (PSF), possibilitando a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. Os princípios básicos do PSF referentes à população idosa, aponta para a abordagem de mudanças físicas consideradas normais e identificação de suas atenções patológicas. Em 2006 surge uma política de saúde nacional chamada de Pacto pela Vida tendo como um dos enfoques principais a saúde do idoso incluindo estratégias de promoção de saúde e atenção integral a esse indivíduo.

A justificativa deste estudo se baseia na necessidade de contribuir com o assunto da saúde bucal do idoso, dentro do atual contexto de envelhecimento da população brasileira, detalhando as condições físicas sociais e psíquicas específicas, que exigem dos cirurgiões-dentistas e outros profissionais da área de saúde uma aptidão em tratar esses usuários de maneira especial, dentro do princípio da integralidade da estratégia de saúde da família e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente trabalho tem como objetivo discutir, por meio de uma revisão de literatura, a necessidade do atendimento diferenciado ao grupo do idoso no Programa de Saúde da Família.

REVISÃO DE LITERATURA

CRESCIMENTO POPULACIONAL DA FAIXA ETÁRIA – IDOSOS

O envelhecimento populacional brasileiro é decorrente do aumento da expectativa de vida e diminuição do ritmo de nascimento, e com isso os indivíduos nos próximos anos se aposentarão aos 60 anos e depois irão trabalhar por mais 30 ou 40 anos, expressando a necessidade da melhora de serviços de saúde através de novas propostas. Agora o Brasil sofre com enfermidades complexas e onerosas, características dos idosos, precisando de medicação contínua e acompanhamento médico. As pessoas com mais de 60 anos possuem maior mobilidade e pior estado de saúde, apresentando doenças múltiplas e crônicas e sendo os que mais necessitam de serviços de saúde. Além disso, existem agravos como a “desospitalização” já que a oferta de leitos hospitalares aumentou juntamente com os custos para a cura das doenças, a deficiência de profissionais de saúde treinados para o atendimento a idosos, e principalmente, uma baixa reutividade das doenças mesmo com alto custo destinado a elas. Através de uma pesquisa feita a base de questionários, observou-se que os idosos candidatos a várias hospitalizações poderiam se identificados e receberem informações preventivas de saúde (75% da amostra apresentou baixo risco). A identificação do risco do paciente, modificando a estrutura do sistema de porta de entrada das unidades de saúde, é uma boa alternativa para um atendimento diferenciado e um tratamento melhor planejado, assim o envelhecimento saudável fará parte das preocupações do setor saúde e da agenda social do país (VERAS, 2003).

Os idosos brasileiros precisam de mais atenção, visto que a população brasileira está envelhecendo rapidamente. No seu atendimento deve ser priorizada a avaliação multidimensional através de uma abordagem sistemática, incluindo plano de tratamento adequado e acompanhamento a longo prazo e avaliação geriátrica abrangente proporcionando maior uso dos serviços de saúde. Uma pesquisa no estado de Pernambuco avaliou as condições cognitivas, afetivas e funcionais de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família dos

municípios. Observou-se a feminização do envelhecimento brasileiro, pois as mulheres são menos expostas a riscos ocupacionais e em grande parte ficam viúvas. A maioria desses idosos possui muitos filhos que são sustentados com a pequena aposentadoria/pensão que recebe. Foi observado também que eles estão precisando de lazer e acessibilidade (garantidos pela Política Nacional do Idoso) e que sempre procuram a unidade de saúde da família com uma a três queixas e com doenças crônicas não-transmissíveis (que podem levar à demência, depressão e osteoporose). Foram encontrados poucos idosos dependentes quanto à realização das atividades diárias, embora haja uma tendência a dobrar esse número nos próximos anos. Foi concluído que os idosos precisam de um atendimento diferenciado no PSF com implantação e implementação do atendimento sistemático a eles, incluindo treinamento dos profissionais das unidades básicas de saúde (PACHECO; SANTOS, 2004).

Um indivíduo é considerado idoso quando sua idade cronológica atinge os 60 anos de acordo com a Organização Mundial da Saúde (PETERSEN; YAKAMOTO, 2005), mas a idade biológica também deve ser levada em consideração e esta é relacionada às modificações cognitivas e afetivas que ocorrem no decorrer do tempo, tendo o fator biológico um peso maior ou menor a depender da personalidade do indivíduo. O fenômeno de envelhecimento no Brasil tem peculiaridades, principalmente quanto à sua rápida progressão, e um dos fatores determinantes é o declínio da taxa de mortalidade infantil (que ainda está alta quando relacionada à de outros países) decorrente de melhorias nas áreas de saúde, infra-estruturas e técnicas sanitárias. Outro fator determinante é a queda da taxa de fecundidade que se deu com maior declínio na década de noventa e apresenta uma média de dois filhos para os anos de 2010 e 2020. Além do rápido envelhecimento da população brasileira, que em 20 anos envelhecerá o que na França levaria um período de 120 anos, nota-se que 56% dessa população idosa é do gênero feminino, o que não é diferente do que ocorre em outros países: a feminização. Algumas políticas específicas para o idoso foram criadas, como a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996), que estabelece direitos sociais, garantia de autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. De

acordo com a PNI, o idoso deve ser inserido no mercado de trabalho, ter direito à cultura e a dispor de seus bens, mas para que haja sucesso, falta muito a ser feito. Para tentar salvar os idosos dessa posição de desrespeito que eles ocupam no Brasil, em 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso com algumas novidades como um sistema de cotas e das moradias, reajuste de benefício, garantia de tratamentos, medicamentos e transporte, dentre outros benefícios que ainda não foram suficientes para garantir os direitos dos idosos (SILVA, 2005).

NECESSIDADE DE CONSERVAÇÃO DE SAÚDE BUCAL DO IDOSO

As pessoas de terceira idade estão tendo sua importância reconhecida na área odontológica, já que surgiu a odontologia geriátrica ou gerontologia, mas essa especialidade nem sempre está incluída na saúde pública, sendo mais encontrada nas Universidades/Faculdades. O atendimento odontológico aos idosos é demorado e algumas vezes de má qualidade, fazendo com que eles se desestimulem e não procurem o atendimento. Os idosos são assim classificados quando chegam aos 65 anos, embora haja um déficit nessa classificação, pois o estado funcional não é avaliado, e sim a idade cronológica, mas apesar do Brasil estar envelhecendo rapidamente, esse processo tende a estabilizar até 2020. Ao se analisar a situação epidemiológica desse grupo (aqui consideramos a partir dos 60 anos de idade), que sofre um descaso e dificuldade financeira, foram obtidos dados severos, onde as diferenças entre pessoas com rendas distintas não foi muito grande, prevalecendo no índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) os dentes perdidos e como consequência, o edentulismo. Outros problemas encontrados foram as cáries radiculares, atrição, abrasão, periodontopatias, hiperplasia fibrosa inflamatória, úlceras traumáticas, alterações degenerativas da mucosa e estruturas ósseas de suporte, diminuição dos mecanismos de estímulo neuromuscular, formação de dentina secundária, maior aposição de cimento e reabsorção radicular (JITOMIRSKI, 2000).

Os sinais odontológicos do avanço da idade são dentes com menos eficiência de corte, maior propensão às cáries de raiz e alterações na gustação.

Clinicamente observa-se o mau hálito, mobilidade dental, sangramento gengival, necessidade de próteses ou próteses mal-adaptadas, DTM, dores musculares e estalos no ouvido. Porém, a idade mais avançada não acarreta necessariamente na perda de dentes, e esse dogma deve ser quebrado, inclusive entre os próprios cirurgiões-dentistas. Para o restabelecimento da saúde do idoso, os diversos profissionais devem procurar uma alternativa de tratamento que cause menos prejuízos aos demais componentes da equipe multidisciplinar. Um dos principais pontos dessa integração seria a existência de um prontuário com toda a história do paciente, relatando a prescrição de fármacos que podem gerar xerostomia, interações medicamentosas e sangramento gengival, relatando presença de doenças sistêmicas, entre outros. Isso contribuirá com o conhecimento específico para os profissionais tomarem decisões corretas com bases científicas (MONTENEGRO; BRUNETTI; MARCHINI, 2002).

Um estudo realizado na cidade de Bauru /SP com o objetivo de conhecer as características de saúde bucal e geral da terceira idade, e de se elaborar uma ficha clínica específica para seu atendimento, tendo uma amostra de 300 pessoas com 50 anos ou mais, vindas de três instituições, públicas e privadas diferentes. Foi utilizada entrevista direta e subseqüente exame físico da cavidade oral. Na entrevista foram levantados alguns aspectos, como: a história médica pregressa, o grau de satisfação quanto à saúde bucal e a ocorrência de queixas quanto à saúde bucal. No exame clínico foi avaliado as alterações da mucosa oral mais prevalentes e as condições das próteses utilizadas por esses idosos. Os resultados proporcionaram algumas conclusões, como: as alterações bucais mais relacionadas estavam ligadas ao uso da prótese; a principal queixa bucal foi problemas gengivais e sensação de boca seca; as doenças sistêmicas mais freqüentes foram problemas cardiovasculares, doenças reumáticas, ansiedade, depressão e diabetes mellitus. O edentulismo apresentou em 45,3% dos idosos, sendo que houve uma associação entre o edentulismo e pacientes oriundos da zona rural, analfabetos, e com rendimentos entre 1 a 5 salários mínimos; a

maioria das próteses apresentou condições insatisfatórias de função, aparência e limpeza (CARVALHO, 2000).

O envelhecimento brasileiro leva a uma preocupação com o uso de medicamentos por idosos, incluindo as opções terapêuticas para prolongar a vida, manter a juventude e evitar os males que a velhice acarreta, sem contar ainda que, em média, cada idoso utiliza entre dois e cinco fármacos regularmente. Os idosos devem receber prescrições com cautela, sendo estimulados o uso de medidas não-farmacológicas, o acompanhamento periódico, a utilização de monodrogas, uso de fármacos testados cientificamente e medicamentos com custos mais acessíveis. Em uma pesquisa com pessoas de mais de 60 anos no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da UERJ, foi observado que o medicamento mais utilizado era anti-hipertensivo, que 87,5% dos que usavam benzodiazepínicos usavam drogas inapropriadas para a faixa etária, após a consulta o número de drogas utilizadas aumentou de duas para três e que 75% deles que não usavam nenhum medicamento eram mulheres. Com essa intervenção geriátrica a prescrição de drogas aos idosos foi reavaliada e, em alguns casos, detectou o uso de medicamentos inapropriados pelos pacientes que muitas vezes fazem auto-medicação (COUTINHO, 2004).

NECESSIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE ESPECÍFICA

Com o crescimento da população mundial, os cirurgiões-dentistas estão atendendo um número grande de pacientes maiores de 60 anos, daí torna-se necessário conhecer as condições associadas à 3ª idade, que é um grupo heterogêneo, variando quanto ao nível econômico, estado de saúde e motivação quanto à saúde oral. A visão da odontologia deve ser ampliada, renovada e percebida por parte dos profissionais e não ter a cavidade oral isolada do restante do corpo. Porém, existem fatores que distanciam os idosos do tratamento odontológico, como por exemplo, o custo elevado do tratamento, para muitos o tratamento com dentista particular se torna impossível; despreparo do sistema de saúde para atender as necessidades dos idosos, onde existem muitos cirurgiões-

dentistas com pouca informação na área de odontogeriatria e má distribuição de profissionais em regiões mais carentes.

Silva e Fernandes (2001) realizaram um levantamento epidemiológico com aplicação de questionários a 201 pessoas dentadas, com 60 anos ou mais, funcionalmente independentes, inscritas no programa do idoso de um centro de reabilitação de Araraquara-SP. Essa pesquisa que possuía o intuito de avaliar a percepção da condição bucal em idosos, revelou que as condições de saúde bucal não eram favoráveis. A maioria dos estudados tiveram muitos dentes extraídos (77,2%), tinham bolsas periodontais profundas (34,7%) e necessitavam do uso de uma prótese (44,8%), e ainda assim, 60,8% relataram não possuir nenhum problema com seus dentes e 81,3% não ter nenhum problema com sua gengiva. Concluíram que os idosos só percebiam o problema quando junto à ele vinha a dor e as limitações funcionais, não sabendo dar valor a uma lesão assintomática, e por isso, os profissionais precisavam entender a influência cultural e social na autopercepção desses pacientes e aos poucos mudar o quadro atual onde os idosos são os maiores não-usuários dos serviços odontológicos.

Com o crescimento da população idosa, torna-se necessário que o conjunto da sociedade tome consciência dessa série de problemas e que as autoridades competentes, de forma justa e democrática, encontrem os caminhos que levem à equidade na distribuição dos serviços e facilidades para com este grupo populacional. Sendo também importante uma maior atenção por parte dos médicos e dentistas (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

ATENDIMENTO DIFERENCIADO AOS IDOSOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1996) criada, tem como objetivo basilar a promoção de um envelhecimento saudável, manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças recuperação de saúde, reabilitação, garantindo a permanência no meio em que vivem. O processo de construção do SUS vem ocorrendo sobre os princípios de

universalização, integralidade, descentralização e participação popular, porém o modelo assistencial ainda mais forte é a prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional de recursos tecnológicos. Sob a estratégia de saúde da família voltadas à pessoa idosa, a equipe de atenção básica à saúde possui algumas competências, habilidades e atribuições, dentre as quais cita-se: conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis; identificação dos problemas de saúde e situações de riscos mais comuns aos quais o idoso está exposto, e a elaboração de um plano local; execução dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa; realização de visitas domiciliares de acordo com o planejado; prestação de assistência integral à população idosa; garantia de acesso a um tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar; promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para enfrentamento de problemas identificados na população idosa.

O Pacto pela Saúde, documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do dia 26 de janeiro de 2006, sendo aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do dia 9 de fevereiro de 2006 é o resultado de um imenso trabalho de discussão, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, apresentando mudanças significativas do SUS. Esse pacto está estruturado em três componentes: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. No Pacto pela vida existem enumeradas prioridades básicas em saúde buscando a atenção integral do idoso; promoção de saúde; o fortalecimento da atenção básica, entre outros. Caberá ao governo o cumprimento dessas metas, de acordo com a realidade local. O Pacto em Defesa do SUS defende o caráter público e universal do sistema de saúde brasileiro. Busca o reconhecimento do SUS como política de Estado e não apenas de governo. No Pacto de Gestão, união, municípios e distrito federal acordaram um conjunto de responsabilidades comuns e específicas em relação à descentralização, à regionalização, ao financiamento, ao planejamento, à programação pactuada e integrada, à regularização, à gestão no trabalho, à

educação na saúde, à participação e ao controle social. Os objetivos e metas do pacto pela vida e de gestão são estabelecidas conforme a realidade e a pactuação local. O Pacto pela vida será permanente. Ao fim do primeiro trimestre de um novo ano, serão avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas novas metas e objetivos a serem atingidos no ano em curso. Ele reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados (BRASIL, 2006).

DISCUSSO

Uma das características importantes da sociedade atual é o aumento da população idosa. O crescimento desta faixa etária é um fenômeno comum na maioria dos países industrializados e daqueles em desenvolvimento (CARVALHO, 2000). O Brasil está envelhecendo a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século 20, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos (VERAS, 2003).

Embora Jitomirski (2000) tenha colocado a idade de 65 anos como limite mínimo, conceituando os idosos como todas as pessoas com 65 anos ou mais, uma grande parte dos autores considera idosos todas aquelas pessoas a partir de 60 anos (VERAS, 2003; COUTINHO, 2004; PACHECO; SANTOS, 2004; SILVA, 2005).

No Brasil, considera-se idoso o corte definido pela OMS (PETERSEN; YAKAMOTO, 2005), para os países subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimentos, isto é, a partir de 60 anos (SILVA, 2005).

O fenômeno de envelhecimento no Brasil tem peculiaridades, principalmente quanto à sua progressão. Alguns dos fatores determinantes são o declínio da taxa mortalidade infantil e a queda da taxa de fecundidade. Há ainda uma diferença significativa referente à expectativa de vida entre homens e mulheres, correspondendo em torno de 7,6 anos. Esta diferença explica, em parte, a chamada feminização da velhice no Brasil (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; PACHECO; SANTOS, 2004; SILVA, 2005).

Esse processo se deve a vários fatores como à menor exposição aos riscos de trabalho, menor consumo de álcool e tabaco e maior procura aos serviços de saúde. Com esse aumento da expectativa de vida das mulheres, há um grande número de idosas sofrendo de solidão, já que seus companheiros morrem mais cedo, e com doenças crônicas, como consequência da idade avançada.

Esse envelhecimento da população brasileira é observado nas camadas sociais mais privilegiadas, já que nas regiões de baixa renda se vive 30 anos a menos. Além dessa diferença, há ainda, a feminização da velhice, embora as mulheres estejam mais expostas à pobreza, à solidão e ao risco de morbidade. As diferenças marcam esse processo que tem como característica a alta incidência de pobreza, que ocasionará em pobreza na velhice e morbidade. Existem diferenças quanto aos idosos que vivem em áreas rurais e estão sofrendo melhorias com o benefício da aposentadoria rural. No Brasil, alguns artigos, leis e decretos já foram criados para dar assistência ao idoso, inclusive, desde 1946 que o Serviço Social do Comércio (SESC) tem oferecido uma atenção especial aos idosos (SILVA, 2005).

Torna-se fundamental a manutenção de vida deste idoso tendo a saúde bucal como fator importante para sua saúde geral. Essa saúde poderia ser definida como ausência de dor, mantendo um autoconceito positivo em um estado funcional saudável nos domínios físico, social e psicológico (JITORMIRSKI, 2000).

A conservação bucal dos idosos deve considerar as diversas alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, bem como, a ocorrência de múltiplas patologias, o consumo de vários tipos de medicamentos e aos fatores psicossociais da longevidade (RODRIGUES; VARGAS; MOREIRA, 2003).

As extrações e sua pior consequência - o edentulismo - constituem sem dúvida o problema principal da saúde dos idosos (JITOMIRSKI, 2000). Outros problemas também característicos dos idosos, como: cáries radiculares, atrição, abrasão, periodontopatias, hiperplasia fibrosa inflamatória e úlceras traumáticas consequentes a pressões e traumatismos produzidos por aparelhos protéticos inadequados, alterações degenerativas da mucosa e estruturas ósseas de suporte, diminuição dos mecanismos de estímulos neuro-musculares, formação de

dentina secundária, maior aposição de cimento, reabsorção radicular, dentes com menos eficiência de corte e alteração na gustação, longos períodos de doenças crônicas, xerostomia, dificuldade em realizar higienização devido à perda gradual dos movimentos coordenados (JITOMIRSKI, 2000; MONTENEGRO; BRUNETTI; MARCHINI, 2002; VERAS; SANTOS, 2004).

Essa condição de saúde bucal do idoso, que interfere na sua qualidade de vida, agrava-se com a falta de prioridade de atendimento dessa população nos serviços públicos municipais e estaduais do país.

A melhor forma de prevenção para todos esses problemas é não realizar extrações precoces, incentivar o uso de fluoretos em bochechos/gel/pasta profilática e aprender a fazer o autodiagnóstico de problemas bucais. Os idosos que conseguiram manter seus dentes mostraram uma boa auto-estima e capacidade mastigatória, mas tiveram dificuldade em perceber alguma necessidade de tratamento, sendo preciso que estas sejam apontadas através de ações educativas de saúde. A equipe odontológica deve priorizar o atendimento aos idosos para possibilitar uma melhor qualidade de vida a este grupo, que quanto mais problemas bucais possui, menos mastiga e sorri, ficando na maioria das vezes desestimulado (JITOMIRSKI, 2000).

No Brasil, o surgimento de um sistema legislativo de proteção às pessoas idosas é recente, pois a Política Nacional do Idoso (PNI) data de 1994. Essa política apresenta “como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade” (BRASIL, 1996). Além dessa política específica para o idoso, a lei no. 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso, que prioriza o atendimento domiciliar, o atendimento ao idoso no Sistema Único de Saúde, programas educativos destinados aos idosos, entre outros (SILVA, 2005).

O SUS deveria criar programas específicos, seguindo a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1996), já que aquele é a porta de entrada e a base para a melhoria

da saúde bucal dos idosos, que recebem uma aposentadoria limitada e que recorrem à saúde pública.

Embora haja uma Política Nacional de Saúde direcionada aos idosos, o nosso sistema de atenção é precário e desorganizado, e não cria as condições para que esses recursos sejam utilizados melhor e mais adequadamente (VERAS, 2003). Para o alcance do propósito dessa política, foram definidas como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos de pesquisa (SILVESTRE; NETO, 2003). Os idosos já possuem alguns direitos no Brasil, mas ainda não é o suficiente para a implementação de políticas públicas adequadas. Ainda faltam pesquisas nessa área, mas para acrescentar vida aos anos dessa nova população grisalha é preciso, além de pesquisa, desenvolvimento e aplicações de métodos, intervenções e prevenções próprias no trato dessa problemática (SILVA, 2005).

A implementação de uma política específica para os idosos, seguindo o princípio da integralidade, fazendo uma abordagem multidisciplinar, em odontologia inserida nesse contexto, contribuiria de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida, desde que fossem conhecidos não só os problemas bucais puramente fisiológicos.

É importante preparar o cirurgião-dentista no atendimento da população idosa, tornando-se necessário o desenvolvimento de um currículo específico em odontologia geriátrica. O profissional precisa ter em mente que a odontogeriatría deve partir da promoção e prevenção, além de acreditar que ter saúde bucal é um meio de ter uma boa qualidade de vida; a conservação dos dentes é um fator no aspecto psicológico e funcional do idoso, porém muitas vezes é dispor de uma política pública que possa garantir qualidade de vida e condições para os que atingem a 3ª idade. Dessa forma, a escola médica e odontológica deve dispor de um programa geriátrico para que os profissionais obtenham conhecimento sobre

como lidar com a saúde dos idosos, acompanhando o aumento dessa população com cuidados diferenciados e atenção multidimensional.

Para um plano de tratamento adequado, o odontogeriatra precisa conhecer o processo de envelhecimento, a patofisiologia das doenças crônicas mais comuns a este grupo, a farmacologia dos medicamentos para tais doenças, a interação de doenças sistêmicas com a saúde oral (principalmente a hipertensão, problemas cardíacos, depressão, demência, problemas renais, angina pectoris, osteoartrite, gota, disfunção urinária, constipação e algumas doenças derivadas do estresse), o adequado diagnóstico das doenças orais, as áreas de odontologia preventiva e estética, prática odontológica em domicílios/hospitais/casas de repouso/ asilos, assim como participar de um time multidisciplinar de profissionais. O atendimento do idoso começa a partir do momento que ele entra no consultório, e não quando ele senta na cadeira. Por isso é que toda a estrutura deve ser direcionada a ele, indo desde a atenção dos funcionários, até rampas, elevadores, boa iluminação e pisos adequados para que esses indivíduos sintam-se seguros e mais confortáveis.

Como no Brasil a oferta de serviços odontológicos a esse grupo populacional, na área pública, ainda é restrita, observa-se que a maioria dos idosos não se preocupa tanto com as suas necessidades bucais específicas. Dessa forma, acredita-se que conhecer a percepção das pessoas sobre sua condição bucal deva ser o primeiro passo na elaboração de uma programação que inclua ações educativas, voltadas para o autodiagnóstico e o autocuidado, além de ações preventivas e curativas (CARVALHO, 2000; SILVA; FERNANDES, 2001).

Embora a percepção de saúde bucal pelos idosos não utilize os mesmos critérios dos profissionais da área de saúde, a sua existência é essencial para que haja uma procura aos serviços de saúde e para a motivação à conservação das boas condições bucais.

Estudos devem ser realizados sobre a percepção dos idosos quanto à saúde bucal e também sobre suas possíveis expectativas quanto aos programas de saúde. Bons resultados dificilmente serão obtidos se o alvo das políticas implementadas forem somente os tratamentos curativos.

Os estados precários de saúde não podem ser vistos como normais, pertencentes à evolução humana. O grande foco deve ser na educação em saúde, nos programas preventivos aliados aos curativos, e além de curar, prevenir e garantir uma situação saudável estável.

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde (SILVESTRE; NETO, 2003).

Com a aproximação da terceira idade, há uma preocupação muito grande com o envelhecer saudável. Isso também depende de um atendimento diferenciado aos idosos, onde profissionais vão além de novas técnicas e dão atenção às necessidades específicas desse grupo.

O trabalho com o grupo de idosos é viável e importante, pois os profissionais de saúde da família podem ter acesso a todas as famílias adstritas à área de abrangência. Se os profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde da família adotassem uma rotina bem estabelecida de atendimento ao idoso, abordando-os corretamente – não tratando apenas seus sintomas isoladamente, mas considerando suas características peculiares, vendo o idoso como um todo, através de uma avaliação global – conseguiria-se que essas ações reduzissem muito dos índices de internação apresentadas pelo SUS, que muitas vezes resultam em perda da independência e aquisição de novas incapacidades (PACHECO; SANTOS, 2004).

Entretanto há deficiências acumuladas historicamente pelo sistema de saúde. Entre elas temos: o despreparo de tal sistema para preencher as necessidades especiais dos idosos, a educação inadequada para treinamento dos cirurgiões dentistas interessados em Odontogeriatría, e a má distribuição dos dentistas em regiões mais carentes (por exemplo, em cidades do interior onde o número de idosos é significativo). Reconhecer e superar tais deficiências se torna necessário para o avanço da Odontogeriatría e o bem-estar deste crescente segmento da sociedade. Assim, o desafio do sistema é conseguir traduzir os

avanços obtidos em mudanças efetivas e resolutivas da prática de atenção à saúde da população.

A Estratégia de Saúde da Família foi assumida a fim de reorganizar o modelo tradicional por intermédio da reesquematização da atenção básica à saúde, assumindo os seguintes compromissos: reconhecer a saúde como direito de cidadania; prestar assistência universal, integral, equânime, contínua, resolutiva e de boa qualidade.

Os profissionais de saúde devem compreender o significado da promoção de saúde à pessoa idosa, a influência da família e da comunidade em atividades inter-relacionadas em prol da qualidade de vida das pessoas idosas; o envelhecimento como um processo benigno, não patológico, porém sabendo que com o aumento da idade surge o estresse físico, emocional e social; as características patológicas que podem se instalar com o processo; identificar possíveis fatores de risco à saúde do idoso; identificar ações de promoção da saúde da pessoa idosa, na área de abrangência da UBS; desenvolver ações que visem a melhoria das práticas sanitárias no domicílio, bem como a vigilância de saúde do idoso; entender a atenção básica de saúde do idoso como um processo educativo, a fim de apoiar o controle de sua saúde e sua vida; realizar diagnóstico das condições de vida e de saúde da família e da comunidade na qual o idoso está inserido. Devem prevenir e monitorar as doenças prevalentes na população idosa, tendo capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletivo, conhecendo as condições de vida e de saúde desta população (SILVESTRE e NETO, 2003).

Assim, para que todas as Unidades Básicas de Saúde possam trabalhar dentro dos princípios dessa estratégia, seria necessário que a formação dos estudantes de graduação e pós-graduação incluísse o âmbito da atenção básica, visando fazer com que esta possa ser competente, humanizada e resolutiva, bem como o desenvolvimento de uma educação continuada e permanente para a capacitação e formação de tais profissionais contribuindo para a eficiência do sistema de saúde.

O Pacto Pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS (Sistema Único de Saúde) em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, tendo como uma das prioridades a saúde do idoso. O trabalho nesta área deve seguir a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em Unidades de Saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Embora muitas políticas sociais e de saúde tenham sido implementadas tendo como objetivo o idoso, como a Política Nacional do Idoso, o Pacto pela Vida e o Estatuto do Idoso (PACHECO; SANTOS, 2004; SILVA, 2005; BRASIL, 2006), ainda não se dispõe de um programa completo e diferenciado para o idoso que contemple os princípios de integralidade, equidade e universalidade tão ressaltados no PSF e no SUS.

Os cirurgiões-dentistas atendem cada vez mais pessoas idosas, sendo importante a especialização em relação a esse grupo populacional, especialmente por ele ser heterogêneo, com nível econômico, estado de saúde e motivação quanto à saúde oral variados.

Deve haver o compromisso de reconhecer a saúde bucal do idoso como um direito de cidadania e uma assistência universal, integral e contínua. O trabalho interdisciplinar é um largo passo para se obter informações necessárias, a fim de oferecer um melhor atendimento ao indivíduo odontogeriátrico com o objetivo de se obter uma ação eficiente consoante com a Estratégia de Saúde da Família.

Para efetividade de programas que envolvam um atendimento diferenciado aos idosos, os cirurgiões-dentistas devem estar aptos em cuidar do indivíduo

odontogeriatrico. Sendo assim, deve haver capacitação desses profissionais através da educação permanente propostas pelo Ministério e pelas lideranças locais de saúde, além da educação continuada a nível de especialização *latu-sensu* nas universidades.

O surgimento do Pacto pela Vida seria o início para o atendimento diferenciado aos idosos no Programa de Saúde da Família, mas essa necessidade deve ser do conhecimento de todos aqueles que estejam envolvidos com a saúde bucal desde a graduação até a especialização, como também na educação permanente dos profissionais da rede pública.

CONCLUSÃO

O aumento populacional dos idosos leva a implicações sociais, econômicas e ambientais. Eles devem receber mais atenção, não só por representarem uma parcela significativa da população que está aumentando, mas porque as condições de saúde e a qualidade de vida não estão satisfatórias.

A precária percepção de saúde bucal dos idosos aliada à demora e à baixa qualidade dos serviços de Saúde Públicos oferecidos a esse grupo, leva a uma situação onde o edentulismo e outros problemas bucais são considerados normais nessa época de vida.

Alguns programas, leis e projetos destinados aos idosos já foram criados no Brasil, inclusive dentro do SUS, mas a difusão deles ainda é limitada. No PSF, com a prática de integralidade, onde é realizado o acolhimento, o cadastro das famílias e a visita domiciliar com abordagem interdisciplinar, a identificação dos idosos e um atendimento diferenciado torna-se bastante viável.

SOBRE OS AUTORES

Marília Oliveira Andrade e Suzana Caroline dos Santos Oliveira são graduandos em Odontologia pela Universidade Tiradentes. mariliaoa@hotmail.com, suzaninhacaroline@hotmail.com.

Cristiane Costa da Cunha Oliveira é doutora em Saúde Coletiva pela UPE, professora titular da disciplina Odontologia Social e Preventiva na Universidade Tiradentes e professora do mestrado em Meio Ambiente da Universidade Tiradentes. criscunhaoliva@yahoo.com.br.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Decreto no. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**: Brasília, 2006. 76p.

CARVALHO, I. M. M. **Avaliação Sócio Odontológica de 300 pessoas de Bauru-SP**, Bauru, SP, 2000. 173f. Dissertação (doutorado em Odontologia). Universidade de São Paulo, USP.

COUTINHO, F. L. Avaliação do Impacto da Intervenção Geriátrica na Prescrição de Idosos. **Textos Sobre o Envelhecimento**, Rio de Janeiro, vol.7, no.2, p. 103-122, jul./dez., 2004.

JITOMIRSKI, F. Atenção a idosos. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Liv. Santos, 2000. cap.4, p.120-125.

MONTENEGRO, F. L. B.; BRUNETTI, R. F.; MARCHINI, L. Melhoria da Qualidade de Vida pela Integração dos Profissionais de Saúde. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatría - Noções de Interesse Clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. cap.20, p. 373-380.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. S. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. Textos sobre envelhecimento. **Textos Sobre o Envelhecimento**, Rio de Janeiro, vol.7, no.2, p.45-61, jul./dez., 2004.

PETERSEN, P. E.; YAKAMOTO, T. The approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, Blackwell Munksgaard, no.33, p. 81-92, 2005.

RODRIGUES, S.M.R.; VARGAS, A.M.D.; MOREIRA, A.N.M. Percepção de saúde bucal em idosos. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.39,n.3, p.163-254, jul./ set., 2003.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Sobre o Envelhecimento**, Rio de Janeiro, vol.8, no.1, p.43-60, jan./abr., 2005.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.35, no.4, p.349-355, ag., 2001.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n.3, p.839-847, jun., 2003.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso; revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade

de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 19, no. 3, p. 705-715, jun., 2003.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.21, no. 3, p.225-233, jun., 1987.