

Especialização em

UnA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 8: Saúde do Idoso
Odontologia



SAÚDE DO IDOSO

MÓDULO 8

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável técnico pelo projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Álvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de pesquisa e extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Juliana Regina Destro

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

AUTORES

André Junqueira Xavier

Ana Lucia S. Ferreira de Mello

Jussara Martini

Lúcio José Botelho

ORGANIZADORES

Calvino Reibnitz Júnior

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Heitor Tognoli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DO IDOSO

Eixo II

Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Saúde do idoso: odontologia [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Calvino Reibnitz Júnior... [et al]. – Florianópolis, 2010.

96 p. (Eixo 2 - Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: Parte 1. Indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso - Programas, políticas e pactos de saúde do idoso no Brasil e no mundo - Papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso - Parte 2. Ações do cuidado à saúde bucal do idoso - Ações da clínica aos principais agravos à saúde bucal do idoso.

ISBN: 000-00-0000-000-0

1. Saúde do idoso. 2. Saúde bucal. 3. Odontologia. I. UFSC. II. Reibnitz Junior, Calvino. III. Título. IV. Série.

CDU: 616-053.2

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Márcia Melo Bortolato

Revisão Textual Ana Lúcia P. do Amaral

Revisão textual para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Felipe Augusto Franke, Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho, Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

PARTE I - AÇÕES INTEGRADAS NA SAÚDE DO IDOSO

UNIDADE 1 INDICADORES DE MORBI-MORTALIDADE NACIONAIS E ESTADUAIS EM SAÚDE DO IDOSO	15
1.1 Direcionando as Preocupações com a Saúde dos Idosos: Envelhecendo no Brasil	16
1.2 Transição Demográfica e Epidemiológica.....	17
1.3 Principais Indicadores de Morbi-Mortalidade em Saúde do Idoso no Brasil e em Santa Catarina	20
REFERÊNCIAS	25
UNIDADE 2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL E NO MUNDO	27
2.1 Os Principais Marcos Institucionais Sobre Envelhecimento no Mundo	27
2.2 Envelhecimento Ativo	29
2.3 Os Principais Marcos Institucionais Sobre Envelhecimento no Brasil	31
REFERÊNCIAS	37
UNIDADE 3 PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DO IDOSO.....	41
3.1 Atribuições Comuns aos Profissionais da Equipe de Saúde da Família	41
REFERÊNCIAS	48

PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - ODONTOLOGIA

UNIDADE 4 AÇÕES DO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO	53
4.1 Abordagem Inicial ao Idoso, Família e Contexto de Vida	53
4.2 Orientações Sobre o Cuidado à Saúde Bucal a Cuidadores de Idosos e Membros da Equipe de Saúde da Família.....	59
4.2.1 Higiene dos Dentes	61
4.3 Cuidados à Saúde Bucal do Idoso Com Capacidade Funcional Comprometida	66
4.4 Aspectos Preventivos	69
REFERÊNCIAS	73
UNIDADE 5 AÇÕES DA CLÍNICA AOS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE BUCAL DO IDOSO.....	75
5.1 Avaliação das Condições Bucais dos Idosos	75
5.2 Odontologia de Mínima Intervenção, Tratamento Restaurador e Atraumático e Arcada Dental Reduzida.....	87
REFERÊNCIAS	94
AUTORES.....	95

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Estamos no quarto módulo do Eixo II, que aborda a assistência e o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família com relação ao cuidado à saúde do idoso.

Na Parte 1, que é comum aos profissionais da equipe, aprofundaremos nossos conhecimentos sobre o processo de cuidado da saúde do idoso, ampliando o olhar individual, tentando trabalhar também com as redes de apoio e com cuidadores diretos.

Na Parte 2, todas estas questões serão retomadas e aprofundadas nas especificidades de cada categoria profissional, sendo que a questão clínica será o foco, sempre tentando abranger os problemas de maior frequência nas unidades de saúde. Desejamos, com tal organização de estudo, possibilitar uma visão ampliada das formas de se trabalhar com esse ciclo de vida na Unidade de Saúde, de forma integrada entre equipe e comunidade.

Desse modo, é fundamental refletirmos a respeito dos potenciais de atuação dos profissionais da saúde neste campo, consolidando nossas competências no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, bem como na atenção domiciliar aos idosos e suas famílias.

Ementa

Indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso. Pactos, políticas e programas de saúde do idoso no Brasil e no mundo. Papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do idoso.

Objetivos

- a) Refletir sobre os principais indicadores de morbi-mortalidade em saúde do idoso no Brasil e em Santa Catarina;
- b) Refletir sobre os principais programas, políticas e pactos sobre a saúde do idoso no Brasil;
- c) Destacar e refletir sobre o papel dos membros da Estratégia Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso;
- d) Conhecer as principais situações de agravo à saúde dos idosos, bem como medidas educativas, preventivas, curativas e reabilitadoras da saúde bucal.

Carga horária: 45 horas.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso.

Unidade 2: Programas, políticas e pactos de saúde do idoso no Brasil e no mundo.

Unidade 3: Papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso.

Unidade 4: Ações do cuidado à saúde bucal do idoso.

Unidade 5: Ações da clínica aos principais agravos à saúde bucal do idoso

PALAVRA DO PROFESSOR

Na primeira parte deste módulo, aprofundaremos nossos conhecimentos sobre a atenção à saúde do idoso, buscando ampliar as possibilidades de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para além das ações clínicas individuais. É fundamental refletirmos acerca dos potenciais de atuação dos profissionais da saúde neste campo, consolidando competências no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, bem como na atenção domiciliar aos idosos e suas famílias.

Fundamentaremos a reflexão sobre a atenção à saúde dos idosos nos seguintes aspectos: as ações dos profissionais da saúde respondem às necessidades desta população e ao que preceituam as políticas de atenção à saúde do idoso do Ministério da Saúde? Quais os desafios que o cuidado à saúde do idoso apresenta aos profissionais da saúde da família? Quais os limites de nossa atuação e quais as possíveis estratégias que nos mobilizam para superá-los?

Na segunda parte, questões serão retomadas nas especificidades de cada área profissional. Agora, com a base conceitual e geral já construída no estudo anterior, vamos aprofundar o conteúdo relacionado à Atenção à Saúde do Idoso dentro da especificidade de sua área, a odontologia. Lembre-se sempre: você faz parte de uma equipe multidisciplinar, e sua atuação só poderá atingir um alto grau de qualidade se suas ações forem integradas com as ações de outros profissionais. Assim sendo, interaja com seus colegas de trabalho e de curso, visando um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

Esperamos contribuir para que o aprendizado seja significativo e produtivo. Bons estudos!

André Junqueira Xavier
Ana Lucia S. Ferreira de Mello
Jussara Martini
Lúcio José Botelho

PARTE I

MÓDULO 8

UNIDADE 1

MÓDULO 8

1 INDICADORES DE MORBI-MORTALIDADE NACIONAIS E ESTADUAIS EM SAÚDE DO IDOSO

Todos os indicadores demográficos ou de morbimortalidade demonstraram, mormente nas últimas décadas, um aumento no tempo de vida da maioria das populações, mesmo em países então considerados em desenvolvimento, fenômeno que já se observava na Europa de pré-guerra. Embora seja claro que ainda temos muita variabilidade social, a estrutura etária e os problemas cambiantes de saúde são e serão por algumas décadas um dos principais desafios da sociedade e dos profissionais de saúde, para poderem conciliar quantidade com qualidade de vida.

Os seguintes desafios para a Saúde Pública, reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são: manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento; fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, sobretudo aquelas voltadas para os idosos; e manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento.

Frente a perspectiva apontada, temos que encontrar formas para incorporar os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar, de forma justa e democrática, a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país.

No final da década de 1980, quando se intensifica o movimento de valorização do idoso em decorrência das análises demográficas acerca do envelhecimento populacional, muitos profissionais nas áreas da saúde e das ciências humanas e sociais tomaram como referência algumas obras.



Saiba Mais

Recomendamos a leitura das obras de: Simone de Beauvoir (1970), de Eneida Haddad, com os seus eloquentes trabalhos e de Ecléa Bosi, para complementar as aprendizagens deste módulo.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

HADDAD, E. G. M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. São Paulo: Edusp, 1987.

1.1 Direcionando as Preocupações com a Saúde dos Idosos: Envelhecendo no Brasil

O Brasil do início do século XX era eminentemente rural, embora com crescimento, a relação entre natalidade e mortalidade altas manteve certa estabilidade entre faixas etárias. Com o declínio da mortalidade antes da natalidade, os anos de pós guerra foram de grande crescimento populacional e também de urbanização. O Brasil é um dos únicos países do mundo que transmudou a população de rural para urbana em quatro décadas.

Teremos, já em 2020, a 6ª maior população mundial em termos de números absolutos de indivíduos com 60 anos ou mais. Em 2050 deveremos ter cerca de 14,2% de idosos no planeta (CHAIMOWICZ, 1997).

As novas tecnologias, vacinas entre elas, a melhoria de condições nutricionais e o maior acesso aos serviços de saúde diminuíram a mortalidade infantil e um novo cenário se apresentou, com um significativo aumento da esperança de vida ao nascer e também no 5º ano de vida.

É a emergência de uma nova faixa de cidadãos, com suas peculiaridades, que deverá ser legitimada por toda a sociedade. Você que agora lê este texto possivelmente será um deles.

Uma dessas peculiaridades é que mantidos os padrões atuais, haverá maior proporção de indivíduos portadores de incapacidade (YOUNG apud CAMARANO, 2002) chegando a 25% acima de 65 anos e 50% daqueles acima de 85 anos. Muitas pessoas vivenciam esta fase da vida com diferentes graus de dependência e sem autonomia, este é o atual desafio: além de acrescentar mais anos à vida, acrescentar mais vida (qualidade) aos anos vividos.

Um dos problemas maiores é o empobrecimento desta população idosa. Aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimentos. Em 1988, quase 90% dos idosos aposentados no Brasil recebiam contribuições de até 2,5 salários-mínimos (CHAIMOWICZ, 1997). O recebimento de aposentadorias e pensões muitas vezes vai determinar a própria posição de um idoso na dinâmica familiar.

Mulheres sofrem mais neste cenário: Litvak (apud CHAIMOWICZ, 1997, p. 189) diz que “os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, em grande parte, os das mulheres idosas”, que vivem cerca de cinco anos a mais que os homens. Ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade para casar novamente, são mais sozinhas,

apresentam menores níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde. Além disso, uma nova dinâmica social tem apresentado para as classes mais altas, as separações tardias com o conseqüente aumento das pessoas que passam a viver sozinhas.

A situação se torna mais grave pelo fato de que o envelhecimento em condições adversas de trabalho, moradia e alimentação se associa, com maior frequência, às doenças e à dependência. Kalache (apud CHAIMOWICZ, 1997, p. 189) alerta para o conceito de envelhecimento funcional que “nos países do Terceiro Mundo pode ocorrer muito antes da barreira artificial dos 60 ou 65 anos devido às condições de vida precárias”.

Mudar este cenário requer nova mentalidade: a responsabilidade do Estado na condução das políticas públicas que assegurem saúde, segurança, dignidade e cidadania para todos.

É necessária a eliminação da pobreza na velhice; a habilitação das pessoas idosas para que participem plena e eficazmente da vida social, econômica e política de suas sociedades, inclusive mediante trabalho remunerado ou voluntário; a oportunidade de desenvolvimento, de realização pessoal e de bem-estar do indivíduo em todo o curso de sua vida, inclusive numa idade avançada, com possibilidades de acesso à aprendizagem durante toda a vida; os direitos econômicos, sociais e culturais das pessoas idosas, direitos civis e políticos e eliminação de todas as formas de discriminação em função da idade e gênero (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2002).

1.2 Transição Demográfica e Epidemiológica

A transição demográfica é entendida como o processo de alteração da estrutura etária de uma população por mudanças e alterações nos seus determinantes, qual sejam fecundidade, natalidade e mortalidade infantil, em função de conquistas associadas ao progresso técnico, como a melhoria dos sistemas de saneamento (especialmente nas cidades) e o combate às doenças transmissíveis, principalmente pela vacinação, sem redução da natalidade, gerando a fase de crescimento de população rápida, que foi seguida pela diminuição da natalidade e da fecundidade, fase de equilíbrio populacional e passa pela queda acentuada da natalidade com diminuição maior da mortalidade infantil e da mortalidade geral, gerando a fase de envelhecimento populacional.

O processo de urbanização que ocorre no Brasil, mudanças no papel da mulher com sua maior inserção no mundo do trabalho e aumento da escolaridade, se associam à transição reprodutiva, que se dá em duas fases: em primeira instância, o retardamento dos casamentos e, posteriormente, o controle e a queda da fecundidade por parte das pessoas que vivem em união.

A queda das taxas de natalidade e mortalidade podem ser observadas no gráfico abaixo:

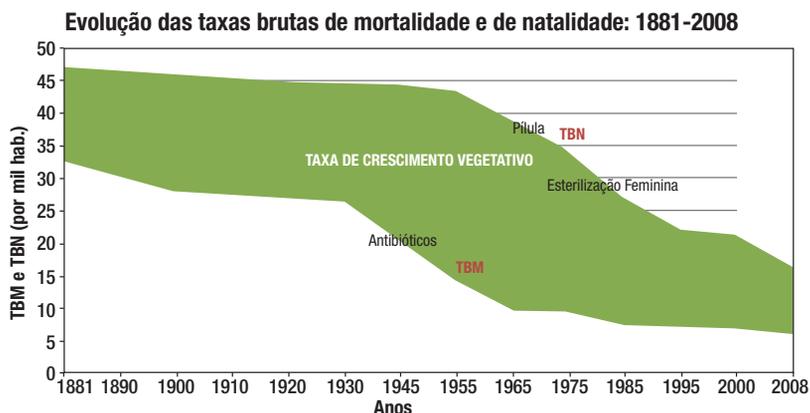


Gráfico 1: Evolução das taxas brutas de mortalidade e de natalidade: 1881-2008.

Fonte: IBGE, 2010.

Este processo pode ser visto no Estado de Santa Catarina ainda com maior nitidez. Confira (Gráficos 2 e 3):

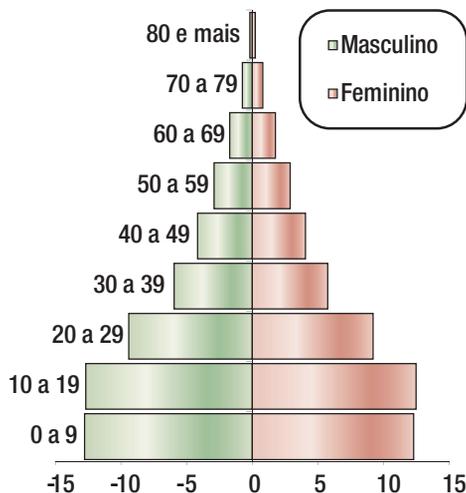


Gráfico 2: Pirâmide populacional em Santa Catarina, 1980.

Fonte: IBGE, 2005.

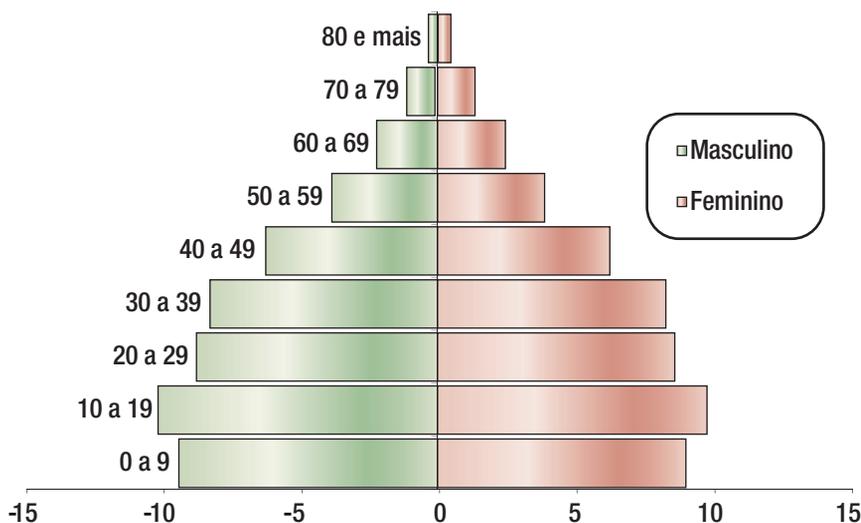


Gráfico 3: Pirâmide populacional em Santa Catarina, 2005.
 Fonte: IBGE, 2005.

Populações diferentes vivem e também adoecem de forma diferente. A transição epidemiológica refere-se às modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Ela se caracteriza pela substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas, pelo deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos.

No Brasil, a transição epidemiológica tem características próprias. O aumento da mortalidade por causas externas, com destaque para os acidentes de trânsito, os homicídios e suicídios, as mortes precoces por neoplasia e as causas cardiovasculares são algumas das causas responsáveis por essa transição atípica.

Embora o perfil de doenças e óbitos seja bastante diferente das últimas décadas, ainda convivem, principalmente em regiões mais pobres do país, causas características de situações distintas, como por exemplo, tuberculose e infarto do miocárdio, gerando necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde.

1.3 Principais Indicadores de Morbi-Mortalidade em Saúde do Idoso no Brasil e em Santa Catarina

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é um órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. No DATASUS podem ser encontrados Indicadores de Saúde, Assistência à Saúde, Rede Assistencial, Epidemiologia e Morbidade, Estatísticas Vitais, Demografia e Socioeconômicas, Saúde Suplementar e Inquéritos e pesquisas.



Saiba Mais

Veja no site do Ministério da Saúde as ações e programas, disponível em: BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e programas**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360>. Acesso em: 20 jan. 2010.

Para conhecer melhor os dados disponibilizados, explore o site DATASUS: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema único de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1522>. Acesso em: 15 jan. 2010.

Em primeiro lugar, quais são as informações necessárias para o conhecimento da situação de saúde do idoso e, onde obtê-las?

Existe um conjunto de bancos de dados relativos à saúde da população brasileira disponibilizados pelo setor saúde em geral e pelo IBGE. Como exemplo: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio realizada em 1998 e em 2003 e Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis de 2002-2003.

Sabemos que, no que tange à morbidade e mortalidade dos idosos, a ênfase se dá sobre doenças crônico-degenerativas, especialmente as circulatórias e as neoplasias. Mas é muito importante, também, o conceito de comorbidade, isto é, a presença de mais de uma patologia por pessoa idosa. Podemos esperar em média de 4 a 5 patologias por indivíduo acima de 60 anos.

O DATASUS é o sistema de informações do SUS no qual estão no item Indicadores e Dados Básicos, os dados necessários para o diagnóstico da situação de saúde selecionados pelos critérios de:

- a) relevância para a compreensão da situação de saúde, suas causas e conseqüências;
- b) validade para orientar decisões de política e apoiar o controle social;
- c) identidade com processos de trabalho na gestão do SUS; e
- d) disponibilidade de fontes de dados: bases, sistemas ou estudos nacionais.

Estão disponíveis na internet dados desagregados por unidade geográfica, grupo etário, sexo e situação do domicílio, além de outras categorias em casos específicos. Desde 1998 os Indicadores e Dados Básicos são editados com os temas: mortalidade infantil, violência, saúde da mulher, saúde do idoso, saneamento e doenças crônicas.

O conteúdo conceitual de todo o processo está unificado em publicação específica usada como referência por instituições governamentais e acadêmicas interessadas na construção e análise de indicadores em saúde. A seguir, têm-se os indicadores do IDB que trazem informações sobre os idosos (Quadro 4):

INDICADORES DEMOGRÁFICOS
Taxa de crescimento da população - A.3
Proporção de idosos na população - A.14
Índice de envelhecimento - A.15
Razão de dependência - A.16
Mortalidade proporcional por idade - A.8
Taxa bruta de mortalidade - A.10
Esperança de vida ao nascer - A.11
Esperança de vida aos 60 anos de idade - A.12
INDICADORES SOCIOECONÔMICOS
Taxa de analfabetismo - B.1
Níveis de escolaridade - B.2
Produto Interno Bruto (PIB) per capita - B.3
Razão de renda - B.4
Proporção de pobres - B.5
Taxa de desemprego - B.6
Taxa de trabalho infantil - B.7

Quadro 4: Indicadores de Dados Básicos.

Fonte: Brasil, 2008.



Saiba Mais

Recomendamos como leitura adicional para orientação:

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

Para informações demográficas e epidemiológicas sobre Santa Catarina: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Pacto de atenção básica: 2006**. Santa Catarina. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/pacto2006/pacsc.def>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde Santa Catarina**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos – SC**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?hiperdia/cnv/hdsc.def>>. Acesso em: 16 jan. 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. DST-aids. **Caso de aids identificados em Santa Catarina**. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/sc.def>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Vacinação contra a gripe de 25/04/2009 a 08/05/2009 Brasil**. Disponível em:

<http://pni.datasus.gov.br/consulta_gripe_vacinometro_09.asp>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Mortalidade: Santa Catarina**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtsc.def>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de mortalidade por câncer**. Disponível em:

<<http://mortalidade.inca.gov.br/?saude=http%3A%2F%2Fmortalidade.inca.gov.br&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2Fmortalidade.inca.gov.br>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Alfabetização: Santa Catarina**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/alfsc.def>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: suplemento saúde – 2003**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pnad2003/pnad.def>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

IBGE. **Indicadores de desenvolvimento sustentável**. Disponível em:

<[http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/ids/default.asp#2, indicadores de desenvolvimento sustentável](http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/ids/default.asp#2,indicadores%20de%20desenvolvimento%20sustentavel)>. Acesso em: 19 jan. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você pôde estudar os indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do idoso. Pôde perceber as inter-relações dos aspectos epidemiológicos e demográficos do envelhecimento no Brasil e em Santa Catarina com os sistemas de informação em saúde do idoso e suas implicações para a atenção em saúde. Tomou ciência da importância da Equipe de Saúde da Família utilizar os indicadores disponíveis para o planejamento de ações eficazes a este segmento populacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações Para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2008.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2005**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 jan.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento**. Madrid,: ONU, 2002.

UNIDADE 2

MÓDULO 8

2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL E NO MUNDO

O envelhecimento populacional tem sido amplamente reconhecido como uma das principais conquistas da sociedade no século XX. Este cenário aponta grandes desafios para as políticas públicas, principalmente as da área da saúde. No caso do Brasil, o acelerado processo de envelhecimento está ocorrendo em meio a uma conjuntura econômica que gera dúvidas sobre a expansão de mecanismos de proteção social para todos os grupos etários e, em especial, para os idosos.

Os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar expressão na década de 1970. Desde aquela época almejavam a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia (CAMARANO; PASINATO, 2007).

A experiência individual e coletiva do envelhecimento não é homogênea. Por consequência, tem-se uma ampla diversidade de condição de vida e saúde das pessoas idosas. Tal realidade tem tido dupla interpretação. Uma é construída a partir de imagem da velhice como um problema, inexorável, e que não leva em conta diferenças sociais, econômicas e étnicas. A esta concepção de envelhecimento associa-se doença, incapacidade, desprazer, terminalidade.

A outra interpretação não dá tanta ênfase ao marcador cronológico, e rejeita estereótipos da velhice como um período de perdas, de situação de dependência, de doenças, de impossibilidade de vida prazerosa. Como consequência, no primeiro caso, a formulação de políticas públicas direciona-se ao apoio de um idoso doente, abandonado e carente de assistência. Já no segundo caso, a promoção das políticas de saúde dá ênfase a estratégias para a preservação da vida e da dignidade, na perspectiva de um envelhecer saudável, do exercício da cidadania e da responsabilidade ética (DEBERT, 2004).

2.1 Os Principais Marcos Institucionais Sobre Envelhecimento no Mundo

Desde os anos 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) busca divulgar o conceito de “envelhecimento ativo” no sentido de ampliar as formulações sobre envelhecimento, ainda muito restritas à área da saúde. Como fundamento para a formulação desse referencial, em 1999, divulgou o documento: a perspectiva do curso de vida na manutenção da independência no envelhecimento, chamando a

atenção para a necessidade de políticas públicas apropriadas que considerassem o envelhecimento e suas interconexões com fatores socioeconômicos e ambientais.

Na II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madri, a OMS apresentou o documento Envelhecimento Ativo: uma política de saúde, com a intenção de discutir ações que promovam envelhecimento ativo e saudável. Nele, são abordadas questões acerca dos determinantes do envelhecimento ativo, dos desafios do envelhecimento populacional para o setor saúde, de uma proposta de política de ação intersetorial, sustentada pelos pilares Saúde, Participação e Segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Confira a seguir, na figura 5, os determinantes do envelhecimento ativo:

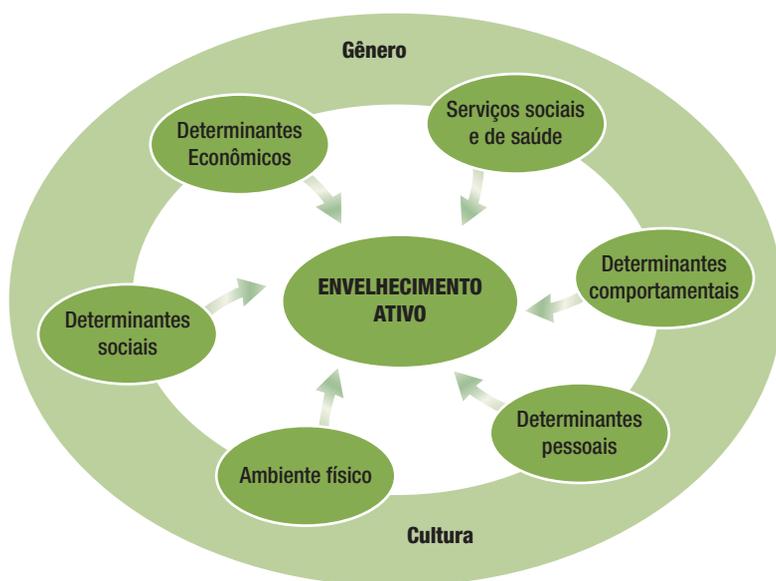


Figura 5: Determinantes do envelhecimento ativo.

Fonte: World Health Organization, 2005.



Saiba Mais

Para aprofundar este conhecimento, recomendamos a leitura do documento:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

2.2 Envelhecimento Ativo

Envelhecimento ativo deve ser entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Na abordagem do envelhecimento ativo, o planejamento das políticas, ações e serviços passam a ter uma abordagem baseada em direitos, reconhecidos como igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida, chamando os idosos a uma co-responsabilização pela sua condição de vida e saúde.

A existência nas cidades de um ambiente sócio-cultural de respeito à pessoa idosa e de reconhecimento do valor do envelhecimento saudável são pilares para o florescimento e a sustentabilidade de ações de saúde dirigidas a este segmento. Sob tal inspiração, a OMS lançou, em 2005, o Projeto Cidade Amiga do Idoso, levado a cabo em 33 grandes cidades nos cinco continentes, com vistas a gerar um guia identificador das características principais de cidades favoráveis aos idosos.

O relatório final foi a base para a disponibilização, em 1º de outubro de 2007, Dia Internacional do Idoso, do **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**, ver figura 6 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

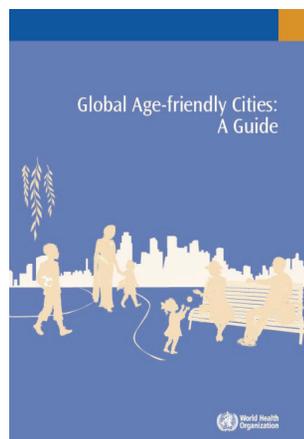


Figura 6: Guia global das cidades amigas do idoso.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2008.



Saiba Mais

Para se informar sobre o assunto você poderá consultar a legislação referente ao Dia Nacional do Idoso, acessando:

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11433.htm>. Acesso em: 29 jan. 2010.

Para ler na íntegra o Guia Global das Cidades Amigas do Idoso, você poderá acessar:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global**: cidade amiga do idoso. Genebra, 2008. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/recursos/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/guia_cidade_amiga_do_idoso.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2010.



O Guia Global também poderá ser encontrado no link leituras complementares, disponível no AVEA.

Segundo este Guia, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e incluídas às pessoas idosas com diferentes necessidades e capacidades, o que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades para saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Trata-se de uma contribuição para que as comunidades possam se autoavaliar em oito categorias (espaços abertos e prédios, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde) e, a partir de tal diagnóstico, planejem e implementem ações que tornem mais amigáveis os lugares onde eles vivem, beneficiando a todos.

A Organização Mundial da Saúde tem reconhecido que a atenção prestada à pessoa ao longo do curso da vida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem um papel determinante para um envelhecimento saudável. Indica, ainda, que essas unidades de saúde sejam amigáveis a todas as faixas etárias e aponta enfaticamente para que os referidos serviços sejam acolhedores e ajustados às necessidades dos idosos.

Segundo a OMS, a adequação das Unidades Básicas de Saúde à população idosa, guardadas as peculiaridades locais, deve atender a um conjunto de princípios estruturados em três eixos, que estão apresentados no quadro 7:

INFORMAÇÃO, ENSINO E FORMAÇÃO

A formação básica de todos os profissionais da saúde em atuação na UBS, nas principais competências da atenção ao idoso e nas práticas sensíveis a problemas culturais, etários e de gênero; a prestação de informações adequadas aos idosos e cuidadores sobre a promoção da saúde, tratamentos e medicação.

SISTEMAS DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Facilitar acesso e informações sobre o funcionamento da UBS e adaptar os procedimentos administrativos às pessoas idosas; apoiar a continuidade da assistência até o nível terciário, assegurando que em todos haja bons registros; assegurar participação dos idosos nas decisões sobre a organização da atenção básica.

ÂMBIENTE FÍSICO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Aplicar projeto arquitetônico adequado; assegurar transporte até a UBS; adotar projeto de sinalização compreensível aos idosos; identificar os profissionais de saúde; adotar pisos não derrapantes, móveis estáveis, passagens sem obstáculos e boa iluminação; manter instalações limpas e confortáveis.

Quadro 7: Adequação das Unidades Básicas de Saúde à população idosa.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2004.



Saiba Mais

Conheça o instrumento age-friendly da OMS, disponível em:
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Towards age-friendly**: primary health care. Genebra, 2004. Disponível em: < <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf> >. Acesso em: 11 fev. 2010.

2.3 Os Principais Marcos Institucionais Sobre Envelhecimento no Brasil

O Brasil é um dos países pioneiros na América Latina em formular políticas que incorporem questões relacionadas ao envelhecimento populacional. Como país signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, de 1982, passou a agregar o tema na agenda política, culminando com a presença do tema na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), no capítulo referente às questões sociais.

A introdução do conceito de seguridade social como uma rede de proteção, agora não mais associada ao contexto social-trabalhista, fez com que a população idosa também adquirisse direitos de cidadania. Foram estabelecidos princípios básicos como o da universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em 1 salário mínimo, a descentralização, participação da comunidade, entre outros.

Lembre-se de que também foi universalizado o direito à saúde e à educação.

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), foi a primeira a contar com um título — da Ordem Social. Neste, o Capítulo VII refere-se às questões da família, da criança, do adolescente e do idoso. Ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Estabelece que os programas de cuidados aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares e amplia para todo o território nacional a gratuidade dos transportes coletivos urbanos para os maiores de 65 anos.

O período pós-1988 foi marcado por uma série de regulamentações do texto constitucional no que concerne às políticas setoriais de proteção aos idosos.

Especificamente na área da saúde, em 1994, foi aprovada a Lei n. 8.842 – a Política Nacional do Idoso (PNI) - um conjunto de ações governamentais para assegurar os direitos sociais dos idosos, tornando-os mais passíveis de operacionalização.

As principais diretrizes norteadoras da PNI consistiam em: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas à formulação - implementar e avaliar políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e a reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento (BRASIL, 1996).

Somente em 1999, o Ministério da Saúde elaborou a **Política Nacional de Saúde do Idoso**, por meio da Portaria n. 1.395 GM/MS (BRASIL, 1996), fundamentando-se no argumento de que eram altos os custos despendidos nos tratamentos oferecidos aos idosos no SUS, e que estes não proporcionavam respostas às reais necessidades de tal grupo populacional. Buscando reverter o enfoque do modelo assistencial à saúde, a política apresenta dois eixos orientadores: - medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde; e - atendimento multidisciplinar específico para os idosos.

Em 2003, a edição do **Estatuto do Idoso** (Figura 8) contribuiu para a conscientização do direito dos idosos em relação às questões de saúde. O Estatuto regulamenta os direitos e as medidas de proteção asseguradas a maiores de 60 anos, contemplando as áreas de educação, saúde, habitação, transportes, e estabelecendo penalidades por infrações que violem seus direitos.

Saiba Mais

Veja o estatuto do idoso:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003.

Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf. Acesso em 22 jul. 2010.



Figura 8: Estatuto do idoso.

Fonte: Brasil, 2003.

Vale mencionar ainda a Portaria n. 73/01 da SEAS/MAPS (BRASIL, 2001), orientando o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil; e a RDC n. 283/05, da ANVISA (ANVISA, 2005) aprovando Regulamento Técnico que, entre outras normas, exige um Plano de Atenção Integral à Saúde dos idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI).

No campo da gestão, a União busca uniformizar o compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Um marco no SUS é a Portaria 399, de 2006, que divulga o **Pacto pela Saúde e aprova suas Diretrizes Operacionais**. Na sessão **Pacto pela Vida**, ainda que a definição de prioridades deva ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, a Saúde do Idoso é uma das seis prioridades pactuadas (BRASIL, 2006c).

São apresentadas, neste campo, as seguintes ações estratégicas (Quadro 9):

CADERNETA DE SAÚDE

Com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

MANUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Guia de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na atenção básica, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

ACOLHIMENTO

Reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

ATENÇÃO DIFERENCIADA NA INTERNAÇÃO

Avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

ATENÇÃO DOMICILIAR

Valorização do efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

Quadro 9: Ações estratégicas para a atenção à saúde do idoso.

Fonte: Brasil, 2006a.

No mesmo ano, e acompanhando as diretrizes do Pacto pela Saúde, foi relançada a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** (Portaria n. 2.528 GM/MS). Esta política tem como finalidade:

recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2006a).

A política define que a atenção à saúde da pessoa idosa terá como via de acesso a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, e como referência o restante da rede de serviços especializados e hospitalares.

O documento indica as diretrizes a serem seguidas nacionalmente em relação às questões de saúde dos idosos. São elas: - promoção do envelhecimento ativo e saudável; - atenção integral à saúde da pessoa idosa; - estímulo às ações intersetoriais; - provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da

pessoa idosa; - estímulo à participação e fortalecimento do controle social; - formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; - divulgação e informação sobre a PNSPI para trabalhadores do SUS; - promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas nesta área.

Como parte do Pacto, a Portaria n. 648 GM editou a nova **Política Nacional da Atenção Básica**, definindo a saúde do idoso e a saúde bucal como uma das áreas estratégicas para a atuação em saúde em todo o país. Outras ações que tangenciam a atenção ao idoso, como o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus e a promoção da saúde, também foram mencionadas (BRASIL, 2006b).

No sentido de operacionalizar a assistência ao idoso na atenção básica, foi publicado, em 2006, o Caderno de Atenção Básica nº 19, intitulado Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, reforçando o caráter interdisciplinar do cuidado à saúde do idoso, a atenção humanizada, o acompanhamento e apoio domiciliar, a diminuição das barreiras físicas e não físicas dos serviços de saúde, e a promoção de hábitos saudáveis. Além disso, seguindo o princípio da territorialização, as UBS e ESF devem ser responsáveis pela atenção à saúde de todos os idosos cadastrados na sua área de abrangência, inclusive os que residem em ILPI (públicas e privadas).

O quadro normativo, a alocação de recursos financeiros e a estrutura, operação, cobertura e abrangência dos serviços de saúde públicos são variáveis que possibilitam analisar e compreender o estado atual da condição de saúde da população. Apesar das garantias legais, crescimento dos recursos e expansão dos serviços, a implementação de políticas públicas que incluam o idoso nas ações de saúde é ainda incipiente para assegurar o comprometimento ativo público-estatal-governamental com o idoso e sua saúde e, assim, transformar a realidade epidemiológica. Para promover alterações nessa realidade, faz-se necessário desenvolver senso crítico, pesquisar e promover a adoção de novas práticas, construir estratégias diferenciadas, promover o envolvimento comunitário, integrar ações e mobilizar recursos, sempre na perspectiva do envelhecer ativamente.

Quanto mais espaços forem conquistados, quanto mais pessoas estiverem envolvidas e contagiadas pela prática da inclusão e maior for o estímulo para o desenvolvimento de uma consciência cidadã, mais a população estará deliberando sobre políticas públicas saudáveis e inclusivas, sobretudo com relação à pessoa idosa.



Acesse o Caderno nº 19 , disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade, você pôde estudar a evolução das políticas públicas em defesa da população idosa, enfocando principalmente aquelas relativas às questões da saúde deste grupo populacional. Pôde acompanhar como se consolidou o marco institucional sobre envelhecimento ativo e saudável, ao nível mundial, que passou a repercutir nacionalmente, com a incorporação de muitos de seus preceitos nas regulamentações que hoje em dia vigoram no país. Em especial, pôde revisar as políticas que orientam a atenção à saúde do idoso, no âmbito do SUS, e passou a conhecer uma série de documentos que servem para fundamentar as ações locais, a serem desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família, em prol da saúde e da melhoria da qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em 22 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. **Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política nacional da pessoa idosa**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. Política de saúde do idoso. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.sbgg-mg.org.br/files/Pol%C3%ADtica_Nacional_do_Idoso.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2010.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 41. ed. Atual e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

ANVISA. Resolução Federal nº 283/2005/RDC/ANVISA. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/conteudo.jsp?page=11&pageLink=2&conteudo=noticia/55552220e46b3100537fad17b8774b46.html>>. Acesso em: 8 jul. 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. de M. **Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina**. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP, 2004. 266 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Towards age-friendly**: primary health care. Genebra, 2004. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global**: cidade amiga do idoso. Genebra, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

UNIDADE 3

MÓDULO 8

3 PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DO IDOSO

A prática profissional em Atenção Básica é mais influenciada pela visão de mundo do profissional de saúde do que por outra atividade específica qualquer. O foco nesse âmbito precisa concentrar-se, principalmente, em famílias e populações e não apenas nos indivíduos. Por exemplo, um profissional de saúde de uma Equipe de Saúde da Família deve abordar o planejamento da cobertura vacinal dos idosos de sua área, preocupando-se em saber qual a proporção da população de idosos da sua área de abrangência que se encontra imunizada, e não apenas perguntando individualmente ao idoso se ele já tomou suas vacinas este ano.

Desse modo, a atenção ao idoso na atenção básica concentra-se na construção de ambientes nos quais as pessoas possam viver e ser saudáveis: água potável, coleta segura de resíduos de todos os tipos, moradia adequada, alimento seguro e nutritivo, sistema de transporte adequado às necessidades, acesso aos serviços de saúde e educação, inclusive uma rede de apoio familiar e comunitário (MIYATA, et al 2005).

Argumenta-se que esta concepção, fundamentada na Vigilância em Saúde e nos determinantes de saúde, encontra na Estratégia Saúde da Família suas melhores potencialidades de operacionalização, contribuindo para as mudanças almejadas na atenção básica em saúde no Brasil. No entanto, a integração das práticas individuais e coletivas nos espaços de atuação das Equipes Saúde da Família ainda enfrenta obstáculos de natureza político-institucional, técnica-organizativa e de formação inicial e permanente. A superação de tais obstáculos requer decisão pessoal, profissional e político-institucional, nas diferentes esferas e instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde.

3.1 Atribuições Comuns aos Profissionais da Equipe de Saúde da Família

Pensar na saúde do idoso à luz da integralidade direciona o processo de trabalho para a execução de ações integradas, baseadas no planejamento e na discussão das linhas de cuidado que serão desenvolvidos.

A seguir, apresentaremos as funções essenciais da Equipe de Saúde da Família com relação à saúde do idoso, discutindo formas de sua execução:

- a) Monitoramento, Avaliação e Análise das Condições de Saúde dos idosos de sua Área de Abrangência.

Para cumprir essa função, o primeiro passo é reunir a equipe e verificar como se encontra o registro do número de idosos (SIAB), acima de 60 anos, se há discriminação por sexo, e se o mesmo é atualizado mensalmente. Ademais, outros registros também são fundamentais, como a situação clínica, destacando as doenças mais prevalentes, o número de acamados por microárea, quantos idosos necessitam de um cuidador com dedicação total, e outros dados que a equipe julgar relevante.

O Programa para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) vai auxiliar a equipe a realizar a programação das atividades e a acompanhar seu desenvolvimento em termos numéricos. As atividades propostas pelo programa são:

consulta médica;

consulta de enfermagem;

visita domiciliar ACS;

consulta médica domiciliar;

coleta de exames no domicílio;

consulta ou atendimento de enfermagem no domicílio;

visita domiciliar por profissional de nível médio;

atividade educativa na unidade;

atividade educativa na comunidade;

estímulo à atividade física;

visita domiciliar de orientação para a redução de acidentes e quedas;

encaminhamento para especialidade;

vacina contra influenza (> de 60 anos);

vacina contra pneumococos (grupos de risco > de 60 anos).

Destacamos que a questão da vacinação deve ser avaliada com relação a cobertura, pois esta deve conter no mínimo 80% de idosos vacinados.

Uma vez traçadas as estratégias de ação, será preciso elaborar propostas de avaliação dessas atividades, para que a equipe possa rever se sua forma de intervenção está sendo efetiva.

- b) Vigilância em Saúde, Pesquisa e Controle dos Fatores de Risco e Vulnerabilidade que Ameaçem à Saúde dos Idosos Sob Sua Responsabilidade.

Vamos inicialmente definir o entendimento de vulnerabilidade individual. Esta se encontra relacionada ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos [...], ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras (AYRES et al, 2003, p. 117).

A partir de tal entendimento, podemos inferir que, com o passar dos anos, individualmente as pessoas se tornam mais vulneráveis a uma série de situações, como: a biológica, já que com a idade avançada aumenta a probabilidade de aquisição de doenças e o risco de morte; a social, pois com o passar dos anos diminuem as possibilidades de acesso às informações, como os meios de comunicação, atividades culturais, poder de influenciar politicamente, e assim por diante; e a familiar, visto que com o passar dos anos é natural que as gerações ascendentes faleçam e as mais novas tendem a seguir suas vidas independentes, e o idoso venha a ficar apenas com este, ou sozinho quando o companheiro não está presente, o que também o torna vulnerável.

Em vista disso, no momento de planejar as atividades em cima dos fatores de risco, devemos ampliar nosso olhar para a situação de vulnerabilidade do idoso, e não nos atermos somente às questões biológicas, como a questão nutricional, de atividade física, de doenças, entre outras.

- c) Planejar, Executar e Avaliar Ações de Promoção à Saúde do Idoso.

Devemos destacar, com relação a este item, que o termo promoção da saúde tem um significado ampliado, sendo o seu foco a qualidade de vida, e não ações dirigidas a um grupo de risco para determinadas doenças. Qualquer ação que esteja

relacionada apenas às mudanças de estilo de vida individuais deverá ser considerada ação de prevenção e não de promoção da saúde, como, por exemplo, um grupo de idosos com hipertensão no qual a abordagem se concentra nas recomendações para uma alimentação saudável.

Pensar em promoção da saúde significa trabalhar inclusive com outros setores. Assim, o olhar da equipe deve ser para questões como alfabetização de idosos sem escolaridade, acesso a atividades culturais e de lazer, facilidade de se locomover e de acessar os meios de transporte do bairro, ter espaços públicos para se exercitar, e assim por diante.

- d) Exercitar e Estimular a Participação Social da Equipe e dos Idosos.

Este item de nada difere do papel da equipe com relação à participação social, como já trabalhado em outro momento.

- e) Avaliar e Promover o Acesso dos Idosos aos Serviços Públicos que Atendam às Suas Necessidades de Atenção em Saúde.

Este item está diretamente associado à questão do acolhimento pela equipe de saúde, uma vez que discutir acolhimento significa trabalhar com a facilitação de acessos, tanto geográficos, quanto econômicos, e funcionais.

- f) Planejar, Desenvolver e Avaliar Processos de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde do Idoso.

Existem duas perspectivas com respeito a esta função. Primeiro, que você, como profissional de nível superior da área da saúde, está sendo especializado em Saúde da Família, ou seja, é um recurso humano sendo capacitado. A segunda é que, dentro de sua equipe, você possui um papel fundamental na educação continuada dos outros componentes, e essas atividades devem ser planejadas de forma sistemática, tentando-se trabalhar com temas que sejam relevantes. Exemplos de alguns temas: o idoso e seu cuidador, vacinação do idoso, detecção de violência contra o idoso, principais aspectos no acompanhamento da saúde do idoso, etc.

- g) Garantir a Qualidade dos Serviços Individuais e Coletivos Voltados Para a População Idosa.

Além destas funções, mais gerais aqui descritas, a Equipe Saúde da Família é responsável pelas atividades elencadas no módulo 2 (Saúde e Sociedade). Você lembra?

Recomenda-se acrescentar às funções essenciais apresentadas as recomendações especificadas no caderno de atenção básica do MS, como segue:

Atribuições Comuns a todos os Profissionais da Equipe

- a) Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência;
- b) identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização;
- c) alimentar e analisar dados dos sistemas de informação em saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros, para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa;
- d) conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade;
- e) acolher as pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- f) prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo;
- g) preencher, entregar e atualizar a caderneta de saúde da pessoa idosa, conforme manual de preenchimento específico;
- h) realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa;
- i) desenvolver ações educativas referentes à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006).

O desempenho das funções apontadas, tanto aqui como no Módulo 2, indica que as equipes devem desenvolver suas capacidades de propor alianças, no âmbito do setor saúde ou em ações intersetoriais, envolvendo as redes de apoio social e a articulação com as demais áreas de políticas públicas.

A concepção do trabalho em equipe pode ser entendida na perspectiva da “produção do cuidado” (MERHY, 2002), da “afirmação da vida” (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004) ou da “linha de cuidado” (CECCIM; FERLA, 2006), que tomam como referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras, buscando reinventar práticas de atenção à saúde, capazes de responder por uma concepção de saúde que não seja centrada apenas no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em rede de práticas cuidadoras em saúde e afirmação da vida.

Estudos têm demonstrado a ineficiência dos modelos tradicionais de assistência ao idoso e na concretização do ideal do envelhecimento bem sucedido.

A partir desta constatação, e em consonância com os fundamentos da Promoção da Saúde, é que se entende o fortalecimento do SUS e da ESF na consolidação de práticas de envelhecimento saudável e ativo. Embora ainda distante do desejado, as Unidades que operam na lógica da ESF se revelam mais adequadas para atenderem a população idosa do que as Unidades tradicionais.

As variáveis que contribuem para a perda da efetividade do cuidado para este grupo populacional são a desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis, as barreiras arquitetônicas, a ausência de capacitação para as equipes, a pequena proporção de unidades com protocolos específicos e a baixa oferta de cuidados domiciliares. Em especial os idosos restritos ao domicílio se beneficiam das práticas de saúde realizadas no âmbito da ESF. A atenção qualificada da equipe multiprofissional, os *check ups* periódicos, a capacitação do cuidador do idoso restrito ao domicílio, são boas práticas de inclusão na atenção básica.

Importante enfatizar que, na perspectiva da produção de melhores práticas em saúde da família, o estabelecimento de ações de promoção do cuidado à saúde dos idosos extrapola o argumento cronológico e proporciona benefícios não somente aos idosos

de hoje, mas, principalmente, aos idosos do futuro. Além disso, a abordagem multigeracional e intergeracional traz novos construtos sobre a possibilidade de ser o núcleo familiar a base forte das relações sociais, de modo que o idoso é agente também de saúde de cada membro da família.



Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política nacional da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você estudou sobre o papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso. Pôde verificar que a prática fundamentada na Vigilância em Saúde e nos determinantes de saúde encontra na Estratégia Saúde da Família suas melhores potencialidades de operacionalização, contribuindo para as mudanças almejadas na atenção básica em saúde no Brasil. Para tanto, foram relacionadas as atribuições comuns aos profissionais da Equipe de Saúde da Família e apresentadas de forma sucinta as recomendações especificadas no caderno de atenção básica do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-39.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Cadernos de atenção básica, n. 19). (Disponível em: <<http://www.docstoc.com/docs/11603901/Caderno-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica---Envelhecimento-e-Sa%C3%BAde-da-Pessoa-Idosa---19>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 107-112

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIYATA, D. F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 9, n. 2, p.135-140, maio/ago. 2005.

PARTE II

MÓDULO 8

UNIDADE 4

MÓDULO 8

4 AÇÕES DO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Ao se iniciar as discussões sobre o processo de cuidar de idosos, deve-se fazê-lo no marco de referência do cuidado profissional à família, tendo-se como pressuposto o desafio que consiste em compreender que a família é percebida e conceituada de diferentes formas pelos estudiosos da temática, porém mantendo elementos comuns, tais como, interação, papéis e funções.

Devemos ressaltar que os idosos constituem um grupo populacional bastante heterogêneo quando se estudam suas condições de vida e saúde. É importante identificar essas particularidades quando do momento do exame no intuito de traçar planos de ação singulares. Nesse contexto, o trabalho em equipe facilita a troca de informações e permite um olhar mais ampliado para os problemas de saúde bucal que os idosos venham a apresentar. Também possibilita uma melhor compreensão dos seus comportamentos e hábitos de vida que influenciam as suas condições de saúde bucal.

A boa comunicação é a chave para fundamentar uma abordagem integral ao idoso, seja com ele próprio, com seus familiares, cuidadores e outros profissionais que cuidam da sua saúde.

4.1 Abordagem Inicial ao Idoso, Família e Contexto de Vida

O maior desafio na atenção à saúde da pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, seja possível redescobrir possibilidades de viver a própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Parte das dificuldades deste grupo relaciona-se a uma cultura que o desvaloriza e o limita.

Quando ocorre de forma “natural”, o envelhecimento não costuma provocar problemas que inviabilizam a autonomia: é o que chamamos de senescência.

No entanto, em condições de sobrecarga, como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocorrer uma evolução patológica com perdas e fragilidade: é a senilidade. Ambos os conceitos são apenas didáticos, pois podem necessitar de intervenções de promoção e prevenção em saúde.

Para o adequado atendimento a saúde de um idoso, deve-se evitar:

- a) considerar todas as alterações como decorrentes do envelhecimento natural, atrasando diagnósticos e tratamentos;
- b) tratar o envelhecimento natural como uma doença, realizando procedimentos desnecessários (iatrogenia).

Deve-se procurar identificar as alterações esperadas no processo de envelhecer. As mudanças mais comuns são a queda na taxa de metabolismo basal, acúmulo de gordura em tronco, queda na quantidade de água corpórea, alterações na pele (rugosidade e flacidez) e tendência à perda de massa óssea e muscular. Outras alterações podem ser vistas no quadro 10:

ÓRGÃO / SISTEMA	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS	CONSEQUÊNCIAS	DOENÇA
Geral	↑ massa gorda ↓ água corpórea	↑ Volume de distribuição de drogas lipossolúveis ↓ Volume de distribuição de drogas hidrossolúveis	Obesidade Anorexia ↑ Risco de desidratação
Olhos e ouvidos	↓ da acomodação do cristalino	Presbiopia	Cegueira
	Opacificação do cristalino	↑ da susceptibilidade a ofuscamento da visão Necessidade de aumento da iluminação	
	↓ da acuidade para sons de alta frequência (agudos)	Prebiacúsia, dificuldade para discriminar palavras em ambientes barulhentos	Surdez
Endócrino	Manutenção de níveis glicêmicos prejudicada	↑ glicemia em resposta a doenças agudas Osteopenia, perda de força muscular.	Diabetes Mellitus
	↓ da depuração e síntese da tiroxina		↓ Na ⁺ , ↑ K ⁺
	↑ ADH, ↓ renina e ↓ da aldosterona		↓ Libido
	↓ da testosterona		Osteomalácia, quedas e fraturas
Respiratório	↓ da elasticidade pulmonar	Desequilíbrio na razão ventilação / perfusão e ↓ PO ₂	Dispneia e hipóxia em condições patológicas
	↑ da rigidez da parede torácica		

continua...

ÓRGÃO / SISTEMA	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS	CONSEQUÊNCIAS	DOENÇA
Cardiovascular	↓ da complacência arterial ↑ PA sistólica ↓ resposta β-adrenérgica ↓ sensibilidade do barorreceptor ↓ automatismo do nó sinusal	Hipotensão em resposta ao ↑ da frequência cardíaca, ↓ débito cardíaco e frequência cardíaca em resposta ao estresse. Dificuldades para a manutenção da PA.	Hipertensão Arterial Sistólica Isolada Síncope Insuficiência Cardíaca Bradiarritmias
Gastrointestinal	↓ função hepática ↓ acidez gástrica ↓ motilidade intestinal ↓ função anorretal	Retardo na absorção e metabolismo de algumas drogas, vitaminas e sais minerais Constipação	Cirrose Osteoporose Deficiência de vitamina B ₁₂ Impactação fecal Incontinência fecal
Renal	↓ taxa de filtração glomerular ↓ da capacidade de equilíbrio ácido/básico e concentração/diluição urinária	Retardo na excreção de algumas drogas Retardo na resposta à restrição ou sobrecarga de sal ou de líquidos Noctúria	Insuficiência renal
Musculoesquelético	↓ massa magra (músculos) ↓ densidade óssea	Osteopenia, sarcopenia	Incapacidades funcionais Fratura de quadril
Nervoso	↓ da massa cerebral ↓ síntese de catecolamina e dopamina cerebrais ↓ reflexos	Esquecimentos benignos Alterações de marcha (passos curtos e lentos) ↑ desequilíbrio do corpo Alteração da arquitetura do sono	Demência, delirium Depressão Doença de Parkinson Quedas Apneia do sono Insônia

Quadro 10: Algumas alterações fisiológicas no idoso, suas consequências e doenças relacionadas.

Fonte: Do autor.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para a detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

A cada etapa de intervenção os membros da equipe de saúde deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca

de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em conta elementos históricos do idoso, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Os idosos podem apresentar dificuldades auditivas, visuais ou de memória. Por isso, alguns pressupostos são recomendados para serem levados em consideração na entrevista/exame do idoso:

- a) ficar sentado ou em pé diante do idoso, para que o mesmo possa visualizá-lo;
- b) olhar nos olhos do idoso ao falar para prender sua atenção;
- c) falar com voz clara, com tons médios e velocidade e volume moderados;
- d) o entrevistador/examinador não deve falar cobrindo sua boca com uma máscara facial, o que prejudica a compreensão do que está sendo dito;
- e) providenciar um ambiente com luz difusa, não ofuscante ou brilhante, para que o idoso se sinta mais confortável;
- f) encorajar o idoso a utilizar, no momento da consulta, os aparelhos com os quais está familiarizado: óculos ou de audição;
- g) procurar uma sala silenciosa, evitando ruídos externos que possam interferir na comunicação.

Além destas providências, deve-se procurar desenvolver mecanismos de validação das informações fornecidas pelos profissionais, bem como aquelas recebidas dos idosos, cuidadores e familiares. Ao idoso em especial, deve-se pedir que repita as orientações que lhe foram passadas.

Em suas ações de cuidado ao idoso, os profissionais da saúde desempenham uma variedade de papéis, entre os quais se destacam: cuidador, educador e defensor. Para o desempenho dessas tarefas, alguns princípios devem ser observados (MELLO; ERDMANN; CAETANO, 2008):

- a) não estereotipar as pessoas, a maioria delas é capaz de se adaptar a mudanças e aprender sobre sua saúde;
- b) reconhecer as limitações físicas e sensoriais dos pacientes idosos que possam limitar a rapidez em seus exames;
- c) estar atento aos ritmos do paciente idoso durante o exame, ter paciência, oferecer pausas e observar detalhes;
- d) considerar o desconforto ou sofrimento do paciente ao se falar acerca de alguns tipos de informações relevantes sobre sua saúde.

É importante aproveitar o momento das entrevistas/exames para se verificar também a possível presença de sinais de abuso ou violência. Isto pode ser observado diante de sinais como lesões físicas ou de negligência (desnutrição, medo do companheiro ou cuidador). Nos casos suspeitos, é recomendável examinar o idoso em ambiente privado, pois é muito mais provável que uma pessoa vítima de abuso fale quando a pessoa suspeita de abusá-la estiver ausente. Alguns indicadores práticos a serem considerados:

- a) lesões e traumas não compatíveis com as causas relatadas;
- b) hematomas;
- c) lesões em vários estágios de recuperação;
- d) queimaduras;
- e) fraturas/lesões que não condizem com as causas relatadas;
- f) tempo descabido entre a ocorrência da lesão e a busca por atendimento ao idoso, física ou cognitivamente abalado.

Especialmente os profissionais da saúde bucal devem estar atentos a sinais de maus tratos e negligência contra idosos presentes na região da face e da boca, tais como: hematomas, inchaços, cortes ou feridas, dentes quebrados e próteses fraturadas. Deve-se sempre adotar uma postura investigativa das causas desse tipo de lesão, principalmente em idosos mais fragilizados e dependentes.

As alterações da saúde, com o envelhecimento, contribuem para o estreitamento da inserção social da população idosa. As limitações físicas, sensoriais e os déficits cognitivos, associados ou não a patologias, são fatores que interferem na autonomia e na dependência dos que envelhecem e prejudicam sua sociabilidade e bem-estar. As

Equipes de Saúde da Família que se propõem a atender o idoso têm como prioridade a prática do cuidado para a manutenção da independência funcional e da autonomia do indivíduo.

A **autonomia** é a capacidade de decisão e de comando do idoso sobre suas ações, de estabelecer e seguir suas próprias regras. No quadro de **dependência funcional**, o idoso revela a incapacidade de viver satisfatoriamente sem a ajuda de terceiros, por motivos de limitações físicas ou cognitivas. A dependência pode ser determinada por uma série de fatores, como doenças incapacitantes, estados afetivos, falta de auxílio físico ou psicológico, desamparo, desmotivação, falta de adaptações estruturais no ambiente ou de segurança, ou ainda por práticas iatrogênicas e inatividade.

As práticas de saúde constituem as formas pelas quais a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde. O paradigma da Promoção da Saúde pode favorecer o questionamento da prática atual, redirecionando caminhos para fazer valer seus valores e princípios que há muito vêm sendo solidificados: integralidade das ações, equidade, intersetorialidade, participação social, empoderamento, autonomia e sustentabilidade.

Embora sejam observadas iniciativas nacionais e internacionais no campo da promoção da saúde do idoso, ainda não é visível uma articulação das práticas baseadas nos fundamentos da Promoção da Saúde e sua inserção no ambiente político-organizacional e sociocultural. Algumas iniciativas incorporam indicadores de qualidade de vida e bem-estar subjetivos, relacionados a paradigmas recentes de envelhecimento ativo e bem-sucedido. Entretanto, ainda existem poucas e limitadas iniciativas de cuidado à saúde bucal voltadas à população idosa na perspectiva ampla da Promoção da Saúde, com ênfase na Atenção Primária. Muitos mitos e estigmas, incluindo aqueles que acreditam que os idosos não se beneficiam de atividades preventivas e de promoção de saúde e que são pessoas difíceis de trabalhar e de alterar seus hábitos e comportamentos, permanecem como barreiras para efetivar as estratégias. A partir dessa visão, a promoção do cuidado à saúde vem sendo organizada pelos profissionais da Odontologia restritamente e o acesso ao idoso tem se dado por meio de práticas tradicionais, pouco inovadoras e não direcionadas às especificidades deste público. Tais práticas devem ser superadas e transformadas.

4.2 Orientações Sobre o Cuidado à Saúde Bucal a Cuidadores de Idosos e Membros da Equipe de Saúde da Família

Ao iniciarmos este conteúdo que aborda as ações de cuidado à

saúde bucal provida aos idosos, destaca-se a importância dos profissionais da saúde bucal avaliarem suas atitudes em relação aos idosos, suas concepções sobre seu próprio envelhecimento.

Ressaltamos a necessidade do trabalho interdisciplinar e da importância da ampla divulgação dessas orientações nos mais diferentes espaços de atuação das equipes no contexto da atenção básica à saúde, no que se refere à saúde do idoso.

O reconhecimento das condições de saúde bucal dos idosos e das necessidades daí derivadas torna-se importante ferramenta de inclusão e acesso aos serviços odontológicos. Ele pode e deve ser procedido de modo bastante simples por todos os membros da equipe. Também se trata de revisar procedimentos de higiene de dentes, mucosa bucal e próteses removíveis (MELLO; ERDMANN; CAETANO, 2008)

Para se avaliar as condições de saúde bucal de idosos é necessário que se trabalhe sob a perspectiva interdisciplinar, tornando-se imprescindível que se conheça as condições de saúde bucal do idoso de quem estamos cuidando. Nesse sentido, apresentamos orientações básicas visando habilitar a equipe e os cuidadores dos idosos a detectarem os problemas precocemente.

Recomenda-se que você verifique se o idoso:

- a) possui dentes e onde estão localizados;
- b) possui próteses e de que tipo (fixas ou removíveis) e há quanto tempo;
- c) em que condições de integridade estão tais dentes e próteses;
- d) se a mucosa da boca está saudável (gengiva, mucosa jugal, língua, palato, lábio);
- e) se faz uso regular de medicamentos;
- f) se possui regularmente sensação de boca seca.

Mesmo que os cuidadores de idosos e outros membros da equipe não saibam exatamente avaliar estas condições, algumas pistas podem auxiliar. Deve-se ficar atento, também, se o idoso apresenta:

- a) dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos;
- b) queixas de dor ou desconforto bucal;
- c) alterações de humor;
- d) costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, líquidos, tenros e refugando os que necessitam de mastigação;
- e) queixas no momento da higiene bucal ou da manipulação da sua boca;
- f) resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal;
- g) mau hálito.

Após conhecer as condições de dentes, gengivas e próteses do idoso que está aos nossos cuidados, especialmente os que possuem comprometimento da capacidade funcional, é relevante determinar um plano de cuidados bucais individualizado que deve ser seguido diariamente. Neste plano devem constar as rotinas básicas de procedimentos e os materiais necessários para sua execução.

A manutenção da saúde bucal depende principalmente da eliminação de placa bacteriana que se acumula sobre dentes e próteses. A limpeza dessas superfícies é o mais importante objetivo no momento da realização dos procedimentos.

A realização da higiene bucal não constitui uma tarefa fácil, exige cuidado, atenção, destreza, treinamento e respeito para lidar com o idoso numa região do corpo tão íntima como a boca.

4.2.1 Higiene dos Dentes

Escovação dental (manual ou elétrica)

A escovação dos dentes remove mecanicamente a placa bacteriana depositada sobre eles. Devemos proceder à escovação de todas as

superfícies dos dentes alcançadas pela escova.

A escovação pode ser feita com escova manual ou elétrica, dotadas de cerdas sempre em bom estado. Quando a integridade das cerdas estiver comprometida, a escova deve ser substituída. Na escova elétrica, a vantagem é que a cabeça com as cerdas pode ser trocada.

A escova manual deve possuir cabeça pequena e cerdas macias para evitar danos às gengivas e à mucosa bucal. A umidificação das cerdas em água morna faz com que fiquem mais macias. A escova manual e a ponta destacável de cerdas (refil) na escova elétrica são de uso individual e intransferível.

Para não se esquecer de higienizar alguma área, o cuidador deve definir uma sequência de escovação e obedecê-la rotineiramente abrangendo as arcadas superior e inferior, os lados direito e esquerdo, e as partes interna e externa dos dentes.

Limpeza das superfícies proximais

A limpeza dos dentes com a escova dental não permite alcançar as regiões localizadas entre os dentes. Para que seja completa a higienização, devemos limpar também tais superfícies. Geralmente, para isso utilizamos um fio ou fita dental.

Hoje são produzidos fios dentais apropriados, de uso facilitado pelo modo de sua apresentação em um suporte plástico ou então por serem esponjados. O uso do palito, ainda que remova restos alimentares, não substitui o fio dental em sua função de remoção de placa.

Conforme a necessidade, pode ser recomendável o uso de escovas interdentais, cujo tamanho reduzido possibilita a inserção e a limpeza nos espaços entre dentes e ainda entre dentes e próteses fixas ou implantantes.

Crems dentais fluoretados

Geralmente preferimos adotar na escovação o uso do creme dental fluoretado. Porém, outras substâncias também podem ser utilizadas, como o flúor e a clorexidine, ambos sob a forma de gel. Contudo, estes produtos devem ser utilizados sob orientação profissional. A clorexidine sob a forma de gel não é comumente encontrada na

rede pública, podendo ser obtida em farmácias de manipulação (gluconato de clorexidine a 0,12%, 1% ou 2%). No caso de a espuma resultante da escovação ser um fator que dificulte a higiene ou cause desconforto ao idoso, o uso do creme dental pode ser reduzido ou dispensado ou substituído por flúor ou clorexidine, ambos em gel (MARINHO et al, 2006).

Soluções orais

Alguma solução oral pode ser utilizada como auxiliar, complementando a limpeza da cavidade bucal do idoso. Cabe ressaltar que o uso de solução não substitui a ação de remoção mecânica da placa obtida mediante a escovação.

Há várias formulações de solução oral disponíveis no mercado. É preciso distingui-las e utilizá-las de acordo com a necessidade específica do idoso. Para as pessoas idosas, podem estar indicadas as soluções à base de flúor e as soluções à base de clorexidine.

Você precisa lembrar de que:

- a) Soluções à base de flúor: contribuem para prevenir a doença cárie. Estão disponíveis em baixas concentrações e destinam-se ao uso diário. É imprescindível para idosos com dentes e que apresentem hipossalivação;
- b) Soluções à base de clorexidine: têm efeito antibactericida e antisséptico e agem quimicamente evitando a formação da placa bacteriana. Contribuem para evitar as doenças periodontais. Em geral, estão disponíveis em concentração 0,12%, proporcionando um efeito de até 12 horas. O uso continuado pode provocar efeitos adversos como a diminuição da sensação de paladar e o manchamento reversível de dentes e língua;
- c) As soluções utilizadas não devem conter álcool, pois este componente provoca o ressecamento da mucosa bucal. Embora possam ser adquiridas livremente, a frequência de uso e o grau de concentração da substância ativa da solução oral devem ser objeto de orientação do dentista;
- d) Além de soluções orais, há outros produtos à base de flúor ou de clorexidine, apresentados sob a forma de gel ou verniz. Por conter concentrações mais elevadas da substância ativa, só podem ser utilizados como coadjuvante na higiene bucal mediante prescrição do dentista.

Higiene das mucosas da boca

As mucosas da boca devem ser higienizadas diariamente possuindo o idoso dentes ou não. Passa-se gentilmente gaze embebida em solução à base de clorexidine 0,12% pelas regiões das bochechas, gengivas, céu da boca, lábios e língua. Este procedimento não elimina a necessidade de escovação de dentes.

Limpeza da língua

A limpeza da língua é procedimento necessário, especialmente na pessoa idosa. A remoção de resíduos pode ser feita com gaze embebida em clorexidine 0,12%, ou mediante escovação, ou ainda utilizando raspadores de língua, sempre de modo delicado e cuidando para não provocar náuseas.



Na Prática

A clorexidine é um produto que pode apresentar um custo elevado para o idoso e sua família. Caso o fator custo seja impeditivo da aquisição, substituir por solução de 50% água mais 50% de água oxigenada líquida. Todavia, a ressalva é o sabor desta mistura: nem sempre é bem aceito pelo idoso.

Proteção labial

Após a limpeza de dentes, próteses e mucosas, deve-se sempre proteger o lábio aplicando uma fina camada de vaselina sólida ou passando um bastão protetor labial (hidratante), que pode conter protetor solar.

Orientações sobre higiene de próteses removíveis

O manejo das próteses requer muita atenção e zelo. As próteses removíveis devem ser submetidas à limpeza mecânica diária e complementarmente à limpeza química semanal.

É recomendável que os idosos retirem as próteses removíveis para dormir. Assim a mucosa bucal “respira” e também “descansa” da pressão do aparelho protético.

As próteses, depois de limpas, devem ser guardadas imersas em água em um frasco com tampa exclusivo para este fim, assim evitamos quedas e quebras (Figura 11).

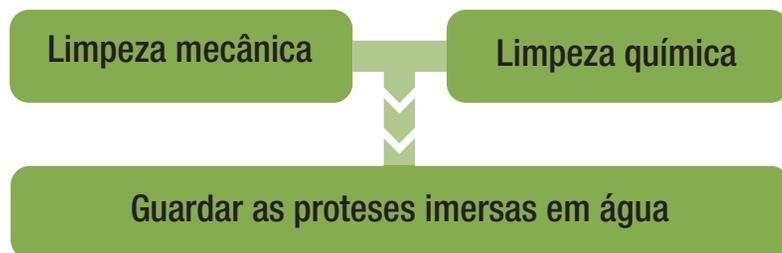


Figura 11: Higiene de próteses removíveis.

Limpeza Mecânica

As próteses devem sempre ser removidas da boca e então limpas com o objetivo de remover da sua superfície acúmulos de placa bacteriana e resíduos de alimentos. Existem escovas especiais para tal fim. As escovas elétricas também podem ser usadas em substituição às escovas especiais para a limpeza de próteses. A limpeza é realizada em água corrente e acima de um recipiente ou pia com água, pois diminui o impacto em caso de queda, prevenindo as fraturas das próteses. Podemos associar à escovação da prótese um creme dental ou sabão neutro, tratando de enxaguar bem ao final da operação. Na impossibilidade de se ter escova especial, pode-se lançar mão de escova de dente comum.

Limpeza Química

Em complemento à limpeza mecânica das próteses removíveis deve-se associar uma limpeza química com periodicidade semanal, por meio da ação de pastilhas efervescentes (que apresentam custo mais alto) ou de soluções caseiras. A solução com melhor relação custo-benefício é a de água sanitária. Para a preparação da solução, mistura-se em um copo comum 2/3 de água e adiciona-se duas colheres de sopa de água sanitária. Todavia, não cabe o uso de solução de água sanitária quando se tratar de prótese que contenha qualquer parte metálica. Nesses casos, recomenda-se solução de água bicarbonatada. Para a preparação da solução, mistura-se uma colher de sopa de pó de bicarbonato em um copo comum de água. Após completar a escovação, coloca-se a mesma em uma das soluções descritas por um período equivalente a uma noite. Para o seu uso, retira-se a prótese da solução e enxágua-se bem em água corrente para eliminar resíduos.

4.3 Cuidados à Saúde Bucal do Idoso Com Capacidade Funcional Comprometida

Embora em pequena proporção, muitas famílias convivem hoje com idosos que apresentam sua capacidade funcional diminuída, em vários níveis. Para estes, algumas peculiaridades do cuidado à saúde bucal necessitam ser ressaltadas. Um aspecto fundamental é a inclusão da figura do cuidador, seja ele leigo ou profissional, familiar ou contratado, como parceiro para a realização dos procedimentos diários de higiene bucal. Esta seção também é composta de informações que devem ser compartilhadas com outros membros da equipe, cuidadores, com idosos e com a comunidade em geral. Trata-se de reconhecer quais são as dificuldades mais comuns no proceder com o cuidado à saúde bucal do idoso fragilizado e alternativas práticas de superar essas barreiras no dia a dia do idoso.

A saúde bucal do cuidador

Implica no cuidado que aquele que cuida do idoso tem para com a sua própria saúde. O cuidado de uma pessoa, em geral com alguma dependência, é missão que exige dedicação e tempo, e por vezes envolve tensão. Quanto mais complexo o ambiente em que se desenvolve esta relação de cuidado, mais atenção à sua própria saúde deve ter o cuidador. Neste contexto, a saúde bucal do cuidador também precisa ser alvo de atenção preventiva e curativa. Assim, as boas práticas de autocuidado se refletirão positivamente no modo pelo qual se cuida de outra pessoa.

O cuidado à saúde bucal do idoso com algum grau de dependência ou falta de autonomia é mais difícil de ser realizado, pois apresenta algumas especificidades. Algumas situações são frequentes nesse contexto, devendo a equipe de saúde buscar auxiliar e apoiar a família e os cuidadores na superação de dificuldades.

A presença de lesões de cárie e/ou de doenças periodontais (aquelas que afetam diretamente os tecidos de suporte dos dentes – gengivas e osso) constitui sérios obstáculos à realização de uma higiene bucal adequada. Ainda que permaneçam indispensáveis todos os procedimentos indicados de higienização, é necessário o mais pronto encaminhamento do idoso para receber assistência.

Não raro, idosos possuem problemas na mucosa bucal. Normalmente são manifestações de infecções fúngicas, como a candidíase, ou de origem traumática, como as úlceras. Ao perceber qualquer alteração de cor e/ou textura na mucosa, deve-se providenciar o encaminhamento do idoso para receber a assistência.

Qualquer prótese dentária utilizada pelo idoso, tanto fixa como removível, deve sempre estar bem adaptada, nem se deslocando no momento da mastigação. A prótese não deve causar desconforto, dor, feridas ou sangramento. Não é aconselhável que se utilizem materiais como pó ou enchimentos adesivos para manter as próteses removíveis na boca.

Também se deve recordar que as próteses têm uma vida útil limitada e, portanto precisam ser revisadas pelo dentista e, portanto, precisam ser trocadas/refeitas quando necessário. Por isso, deve-se observar constantemente a integridade da prótese e sua adaptação correta na boca, pois, detectando problemas, é indispensável o encaminhamento do idoso ao dentista.

Em decorrência do déficit cognitivo e motor da maioria dos idosos, o cuidador deve aproveitar o momento em que o idoso está mais tranquilo, sob o efeito dos medicamentos administrados, para proceder a sua higiene bucal. Distrair o idoso, desviar sua atenção, enquanto se executa a higiene, pode ser uma estratégia útil. A divisão do procedimento de higienização em suas pequenas etapas, anunciando o que vai ser feito, também constitui prática capaz de dar mais segurança ao idoso.

Paciência, persistência e senso de oportunidade são necessários. O insucesso momentâneo, a frustração de uma tentativa não é motivo para desistir, e sim razão para novo atendimento noutra ocasião quando o idoso estiver mais receptivo.

Qual o momento mais apropriado para realizar a higiene bucal?
Normalmente, a higiene bucal é realizada no mesmo momento do banho, concomitante à higiene corporal. Entretanto, o cuidador deve avaliar e decidir o melhor momento para fazê-la.

Se possível, deve-se realizar a higiene oral do idoso todos os dias, duas vezes ao dia, pela manhã e pela noite. Porém, não sendo assim possível, prioriza-se a higiene da noite, antes de dormir, pois neste

período há uma diminuição do fluxo salivar, deixando o idoso mais vulnerável ao desenvolvimento de enfermidades bucais.

Como fazer e qual o local mais apropriado para a higiene bucal? O cuidador deve avaliar qual o melhor lugar para realizar a higiene bucal, considerando a disposição de materiais para higiene, a necessidade de uma pia próxima e de água corrente, bem como a privacidade e o respeito devidos à pessoa sob seus cuidados.

Durante a realização dos procedimentos de atenção ao idoso, o cuidador (trabalhador/profissional de saúde) deve procurar seguir as normas de biossegurança, utilizando equipamentos de proteção individual: luvas de látex descartáveis, máscara, gorro, óculos e jaleco. Fica a critério do cuidador domiciliar ou familiar utilizar luva e máscara.



Na Prática

Se houver dificuldade de abertura de boca, o acesso poderá ser facilitado com o uso de espátula de madeira coberta por gaze em uma das pontas, de modo a constituir um “mordedor” que auxilie a manter a boca aberta e diminua o risco de o idoso ferir os dedos/mão do cuidador. A higienização é feita no lado oposto ao que foi colocado o “mordedor”. Reposicionamos o “mordedor” e higienizamos o outro lado da cavidade bucal.

Posição idoso-cuidador

- a) **com o idoso na posição sentado:** o cuidador posiciona-se de pé atrás ou ao lado do idoso, de forma a poder sempre apoiar a cabeça no seu tronco ou braço;
- b) **com o idoso na posição deitado:** o cuidador posiciona-se ao lado da cama; levantar um pouco as costas do idoso para evitar engasgue (afogamento); a cabeça deve ser girada na direção em que estiver o cuidador; a higiene é feita no lado oposto ao que estiver em contato com o travesseiro; o mesmo procedimento será repetido após o deslocamento do cuidador para o outro lado da cama.

Proteção do idoso

Antes de iniciar os procedimentos de higiene do idoso, deve-se ter o cuidado de proteger seus lábios, geralmente finos e ressecados,

com vaselina sólida para que não se rompam. É recomendável ainda proteger suas roupas colocando sobre elas um avental ou toalha.

4.4 Aspectos Preventivos

O estigma das pessoas para com os idosos desdentados é o falso entendimento de que a perda dentária é consequência natural do envelhecimento e, portanto, inevitável. A extração precoce de dentes a que foram submetidos no passado é uma das consequências deste estigma, agravado ainda pelas perversas condições socioeconômicas, que dificultaram a possibilidade de reabilitação bucal. Contudo, em todo o mundo, progressivamente, tal estigma vai deixando de existir, uma vez que se constata a melhora gradativa da condição bucal de adultos e idosos.

Este fato é atribuído aos avanços nas práticas de prevenção e tratamento odontológicos, aumento da cobertura dos serviços para a população mais jovem, melhoria dos hábitos de autocuidado e melhor compreensão sobre a necessidade dos cuidados em saúde bucal. Em contrapartida, idosos com maior grau de dependência compõem um importante grupo de risco sujeito a desenvolver enfermidades.

A valorização dos aspectos preventivos no campo odontológico e a ótima saúde bucal observada em alguns indivíduos idosos permitem afirmar que é possível manter íntegros os dentes durante o envelhecimento. Para tanto, é necessário que a prevenção seja traduzida em práticas e atitudes, coletivas e individuais, ao longo do curso da vida.

Vamos destacar a seguir o uso racional de fluoretos na prevenção da cárie dentária e também a prevenção do câncer de boca.

Uso racional do flúor: abordagem individual e coletiva

A utilização de fluoretos na prevenção e tratamento da cárie dentária em idosos segue os mesmos princípios de outra faixa etária. Em se tratando de pessoas idosas, as quais tradicionalmente foram excluídas das práticas preventivas por se acreditar que delas não tirariam benefícios, é bom recordar alguns princípios fundamentais ao lançar mão de fluoretos, principalmente nas intervenções individuais (Quadro 12):

- a) quem não está sujeito à cárie, não precisa de fluoreto;
- b) quem está sujeito à cárie, precisa de fluoreto;

- c) quem está mais sujeito à cárie, precisa mais de fluoreto (entretanto, somente a utilização de fluoretos pode não ser suficiente para controlar a doença, se os fatores determinantes para seu desenvolvimento não forem abordados);
- d) quem esteve com o processo de cárie sob controle na presença de fluoreto, ficará sujeito à cárie na sua ausência (o importante é a manutenção de fluoreto na cavidade bucal) (TENUTA; CURY, 2005)

Dentífrico fluoretado é um meio de utilização de fluoreto que deve ser recomendado para todos os indivíduos, independente da idade. É o meio de utilização mais racional, pois associa a desorganização do biofilme dental à exposição da cavidade bucal ao fluoreto. Existe evidência científica sólida de que escovação com dentífricos fluoretados resulta em significativa diminuição do desenvolvimento da doença cárie.

	Uso COLETIVO	Uso INDIVIDUAL	Uso PROFISSIONAL	RECOMENDAÇÕES
Água fluoretada (em níveis adequados)	X			Sem restrições
Dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm F)	X			Diariamente para todos os indivíduos
Soluções para bochecho NaF 0,2% (semanal) NaF 0,05% (diário)		X	X	De acordo com o risco ou atividade de cárie
Gel, verniz			X	Indicação individual ou coletiva, de acordo com o risco ou atividade de cárie

Quadro 12: Recomendações de uso de fluoretos.

Fonte: Tenuta; Cury, 2005.

Lembre-se, o uso combinado destes meios deve ser feito de acordo com o risco ou atividade de cárie individual ou populacional.

O uso de fluoretos também é de extrema importância na prevenção e controle das lesões de cárie de raiz, muito comuns nos idosos.

Prevenção do câncer de boca

O câncer de boca acomete mais pessoas do sexo masculino e sobretudo indivíduos com idade superior a 40 anos. Infelizmente, a maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados da doença, o que determina grande morbi-mortalidade.

Esta patologia é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde e ao aumento do acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico precoce.

Os fatores de risco são o baixo nível socioeconômico, tabagismo, etilismo e exposição excessiva à radiação solar.

O consumo de álcool e tabaco associados potencializa drasticamente o risco de ocorrência do câncer de boca.

Nem todas as pessoas apresentam estes fatores de risco, pois não devem ser os únicos fatores a serem considerados para a suspeita de potencial malignização. Idosos identificados como “grupo de risco” devem receber exames preventivos para o câncer bucal ao menos duas vezes ao ano. Deve haver uma atuação conjunta da Atenção Básica com os CEO, para que estes funcionem como o local apropriado para o diagnóstico definitivo das pessoas encaminhadas.

A prevenção deve focar idosos com as seguintes características: sexo masculino, condição de saúde bucal ruim (higiene bucal comprometida, portadores de próteses removíveis mal-adaptadas), fumante e etilista. As ações educativo-preventivas devem enfatizar que se evite ou se diminua o consumo do fumo e do álcool, que se estimule a higiene bucal e que se verifique periodicamente as condições das mucosas orais, tudo associado a recomendações sobre a manutenção de dieta saudável, rica em vegetais e frutas. Particularmente, para prevenir o câncer de lábio, é preciso evitar a exposição ao sol sem proteção, por isso, estimular o uso do filtro solar e chapéu de aba longa.

As pessoas idosas que fumam devem ser apoiadas à cessação de fumar. Aquelas que fumaram regularmente ao longo de anos devem ser estimuladas a não retornarem a este hábito. Tal atitude favorece tanto a prevenção do câncer de boca, como de outros tipos de câncer, trazendo também benefícios à saúde geral e bucal, independente de se ter idade avançada.



Saiba Mais

Para ler mais sobre o manejo de lesões de mucosa bucal, consulte:
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em
saúde bucal**. Brasília, 2008. Disponível em: <[dab.saude.gov.br/docs/
publicacoes/geral/manual_bucal.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/manual_bucal.pdf)>.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade, estudamos ações do cuidado à saúde bucal do idoso. Revimos a abordagem familiar e social do idoso pelos membros da Equipe de Saúde da Família, as alterações fisiológicas no envelhecimento, como também os cuidados à saúde bucal demandados pelos idosos, considerando o papel de cuidadores e profissionais da saúde. Repassamos orientações sobre uma série de procedimentos de cuidados diários, de higiene bucal (dentes, mucosas e próteses removíveis). Foram também pontuadas as especificidades do cuidado à saúde bucal do idoso com capacidade funcional comprometida. Ao final, ressaltamos aspectos preventivos da doença cárie e do câncer bucal, por meio de ações no âmbito individual e coletivo. Todos são conteúdos de suma importância para a atuação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

MARINHO, V. C. C. et al. Crema dentales fluoradas para prevenir cáries dentales em niños y adolescentes. **Cochrane Review**, Oxford, n. 1, 2006.

MELLO, A. L. S. F. ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 696-704, 2008.

TENUTA, L. M. A.; CURY, J. A. Fluoreto na prática de promoção de saúde, individual e coletiva. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA. 6. Rio de Janeiro, v. 19, set. **Pesquisa odontológica brasileira**. 2005. Disponível em: http://www.sbpqo.org.br/resumos/2005/suplementos_2005.pdf. Acesso em: 14 jul. 2010.

UNIDADE 5

MÓDULO 8

5 AÇÕES DA CLÍNICA AOS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Considera-se de extrema importância que todos os membros da equipe de saúde, assim como cuidadores/familiares, estejam atentos para sinais e sintomas que possam indicar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada e encaminhamento do idoso para atendimento pela área específica.

A ampliação do acesso à atenção à saúde bucal das pessoas idosas passa pelo reconhecimento das suas condições de saúde/doença bucal. Afinal, o diagnóstico é o primeiro passo no estabelecimento de nossas ações, sejam elas individuais ou coletivas, pressupondo que assim se inicia a organização e a oferta dos serviços de saúde bucal.

Nesta unidade, você estudará sobre alterações bucais próprias do processo de envelhecimento e os problemas bucais mais prevalentes na referida faixa etária. Nesse contexto, será ressaltado o uso de medicamentos, bem como as reações adversas que estes podem provocar na cavidade bucal.

Você estudará também a respeito das questões relativas à xerostomia e à hipossalivação, tão comuns em idosos, e sobre as relações imbricadas entre doenças bucais e doenças sistêmicas que, como via de mão dupla, influenciam-se mutuamente.

5.1 Avaliação das Condições Bucais dos Idosos

O idoso requer uma avaliação integral, o que frequentemente envolve o olhar de diferentes áreas da saúde. Isso se dá não só por conta do processo fisiológico do envelhecimento, como também, na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas indesejadas às drogas específicas de que faz uso rotineiro.

Por muitos anos, os idosos ficaram sem uma oferta de cuidados bucais que observassem suas características e peculiaridades. Por isso, no atendimento à saúde bucal do idoso, é fundamental o trabalho conjunto da equipe de saúde, sendo importante o trabalho com os médicos, enfermeiros e, se estiverem ao alcance, os psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros. A interação multidisciplinar na equipe de saúde e o envolvimento familiar ou de cuidadores fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso.

A equipe de saúde bucal, ao atender o idoso na atenção básica, deve buscar compreender a sua situação de saúde física, contextualizada com aspectos emocionais, cognitivos, sociais e econômicos e, a partir dessa análise, formular um plano preventivo e terapêutico adequado à sua realidade e necessidades. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal.

Os idosos frequentemente mostram distúrbios de audição, visão, déficit da memória e confusão mental. O dentista deve realizar uma abordagem centrada no idoso, dirigindo-se a ele, ouvindo e respeitando suas observações, procurando estabelecer um vínculo de confiança, diminuindo a ansiedade e desmistificando possíveis traumas que este costuma trazer em relação ao atendimento odontológico. Quando se fizer necessário, deve-se recorrer ao acompanhante para obter informações.

Deve ser realizado um exame criterioso para detecção e diagnóstico das condições bucais, procurando associar possíveis fatores determinantes das doenças bucais. Uma boa anamnese, além de revelar informações sobre as condições de saúde-doença e de seus hábitos, é momento especial para se observar o comportamento e as atitudes em relação à sua saúde bucal, à saúde como um todo e posturas perante a vida. No momento do exame deve-se anotar:

- a) queixa principal e histórico das condições bucais;
- b) exame extraoral;
- c) exame perioral e intraoral: mucosa oral, estrutura dentária, lesões de cárie, restaurações, condição periodontal, oclusão, osso alveolar, e adaptação de próteses.



Na Prática

Devemos prestar atenção às lesões de mucosa, pois podem ser sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento dependerá da precocidade do diagnóstico. Questionar sobre fatores de risco. Informe-se acerca das possibilidades de serviços de diagnóstico anátomo-patológico ao seu alcance. Se necessário, proceda à biópsia, um procedimento que pode ser realizado na atenção básica. Para tal procedimento, consulte o Manual de Especialidades em Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

No caso de idosos portadores de doenças sistêmicas, principalmente se não controladas, aconselha-se o compartilhamento e a discussão com o médico a respeito das condições físicas mais apropriadas para a realização do tratamento odontológico.

O exame clínico bucal regular também deve incluir palpação digito-palmar contra estruturas rígidas próximas e ordenha das glândulas maiores, para verificar se o fluido é purulento, escasso, forma gota na saída do ducto, ou inexistente.

O aspecto desidratado das mucosas bucais, instrumentos ou espátulas que se aderem à mucosa durante o exame, acúmulo exagerado de restos alimentares e placa bacteriana sobre dentes, próteses, língua e fundo de sulco jugal e depósitos ressecados sobre a língua, podem ser sinais de hipossalivação. Diante deste caso, idosos portadores de próteses totais frequentemente relatam dificuldades, como falta de adaptação e aparecimento de lesões de mucosa.

Alguns achados clínicos da disfunção salivar que podem ser indicadores clínicos intra-orais de hipossalivação, incluem: mucosa bucal atrófica, brilhante, seca e avermelhada; atrofia das papilas filiformes linguais; língua lobulada ou fissurada; vermelhão labial ou lábio seco e fissurado; aumento da frequência de infecções da mucosa (espécies de *Cândida*); queilite angular; aumento de atividade de cárie; ulceração da mucosa e fragilidade da mucosa; estomatite por uso de dentaduras superiores; acúmulo de restos alimentares; acúmulo de placa bacteriana em dentes e próteses; e halitose.

A modificação na escolha de alimentos, com a recusa de ingestão de alimentos secos, crocantes ou temperados, também pode ser um sinal de alteração no fluxo salivar.



Na Prática

Disponibiliza-se aqui um instrumento de triagem para profissionais da saúde, não necessariamente dentistas, como ferramentas de diagnóstico e encaminhamento dos idosos com relação às demandas de saúde bucal.

Alterações bucais no envelhecimento

As alterações bucais consideradas fisiológicas que se apresentam, em maior ou menor grau, durante o processo de envelhecimento e comumente descritas na literatura são:

- a) diminuição do tamanho celular;
- b) perda de elastina submucosa na mucosa oral;
- c) perda de tecido conjuntivo (colágeno);
- d) aumento da fragilidade das fibras colágenas;
- e) diminuição da função das glândulas salivares menores;
- f) diminuição no número e qualidade dos vasos sanguíneos e nervos;
- g) desgaste da superfície dental pela associação dos mecanismos de atrição abrasão-erosão, esmalte dentário menos permeável;
- h) formação excessiva de dentina secundária;
- i) maior espessura na camada de cimento;
- j) diminuição do tamanho da câmara pulpar e dos canais radiculares;
- k) diminuição do tamanho e do volume da polpa dentária;
- l) aumento dos cálculos pulpares;
- m) mineralização distrófica.

Problemas bucais mais prevalentes

As condições bucais prevalentes nos idosos são (Figura 13):

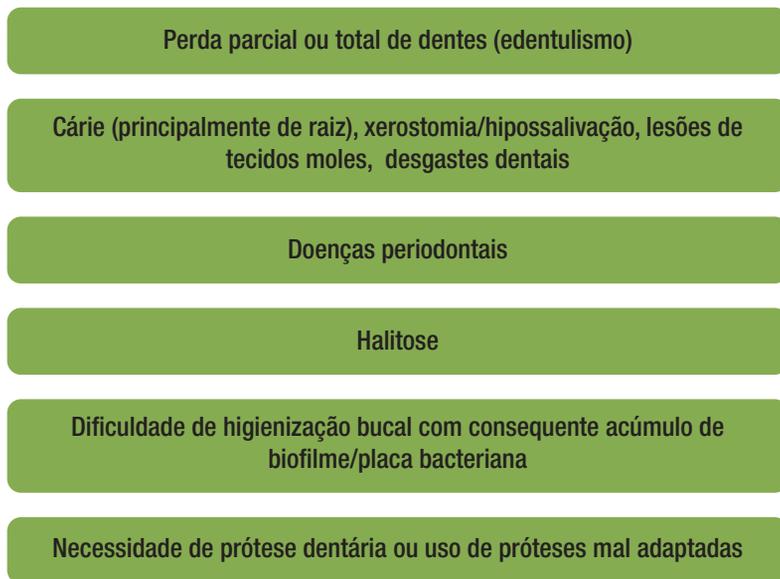


Figura 13: Problemas bucais mais prevalentes.

Fonte: Do autor.

A perda dentária ainda é o principal agravo bucal nos idosos brasileiros. É resultante, principalmente, da ausência de resposta ao longo da vida às duas patologias bucais mais prevalentes: a doença cárie e a doença periodontal (em suas diversas formas). Por isso, optamos por apresentar, a seguir, um quadro-resumo desses problemas bucais e as possíveis abordagens individuais e coletivas para os serviços de atenção básica (Quadro 14).

	EDENTULISMO	DOENÇAS PERIODONTAIS	CÁRIE
Fatores de risco	Fatores culturais e sócioeconômicos, falta de acesso a tratamentos básicos e especializados da cárie e das doenças periodontais.	Fatores culturais e socioeconômicos, diabetes, fumo, ausência de controle de placa. Imunodepressão e stress.	Fatores culturais e socioeconômicos, falta de acesso ao flúor, deficiente controle mecânico do biofilme, consumo excessivo e frequente de açúcar, distúrbios salivares.
Abordagem Coletiva	Mudança do modelo de oferta dos serviços odontológicos. Incorporação e universalização das tecnologias preventivas das doenças cárie e periodontal. Procedimentos reabilitadores que preservem os elementos dentais. Organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde bucal. Dimensionar a demanda e organizar a oferta de procedimentos em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Investigação de casos diagnosticados de perda precoce de elementos dentais na área de abrangência .	Ações de vigilância sobre os sinais de risco. Ações intersetoriais e educativas (grupos de idosos, Hipertensão, fumo, cardiopatias). Ações de promoção à saúde e prevenção (para controle da atividade da doença e dos seus fatores de risco).	Ações direcionadas à população sob risco social, acesso aos tratamentos e ao uso do flúor. Monitoramento de indicadores (período mínimo de quatro anos). Vigilância sobre os sinais de atividade da doença (manchas brancas e cavidades) em ambientes coletivos (grupos de idosos, ILPI). Medidas de saúde pública intersetoriais e educativas (fluoretação da água de abastecimento). Escovação dental supervisionada. Entrega de escova e dentífrico fluoretado e de fio dental. Aplicação tópica de flúor .
Abordagem Individual	Incorporação e universalização de tecnologias preventivas individuais e coletivas para as doenças bucais mais comuns. Universalização e acesso precoce da população da área de abrangência aos procedimentos de controle coletivo da cárie e doença periodontal, Tratamento Restaurador Atraumático e controle da doença periodontal. Oferta de procedimentos reabilitadores de baixa complexidade como os tratamentos endodônticos conservadores em dentes permanentes. Oferta de próteses dentárias com o objetivo de construir uma política de inclusão social de adultos e idosos edêntulos, minimizando as sequelas da prática odontológica mutiladora. Organização da rede de cuidados, com fluxos de referência e contrarreferência para as diversas especialidades nos CEO.	Gengivite Ações educativas para controle de placa. Remoção ou tratamento de fatores retentivos de placa. Raspagem e polimento . Utilização de controle químico da placa . Monitoramento e controle dos fatores de risco. Avaliação do controle de placa e da atividade de doença. Periodontite Controle de placa pelo binômio usuário/profissional. Controle dos fatores de risco (fumo e diabetes). Fases da intervenção: uma de controle da doença e uma de tratamento das manifestações clínicas.	Verificação dos sinais da atividade da doença. Tratamento da doença cárie ativa Instrução sobre higiene bucal e dieta. Adequação do Meio Bucal: remoção de placa, remoção da dentina cariada e selamento das cavidades com ionômero de vidro e remoção de fatores retentivos de placa. Uso tópico de flúor. Retorno para manutenção.

Quadro 14: Resumo de problemas bucais e possíveis abordagens.

Fonte: Brasil, 2006.

Uso de medicações

Cerca de um terço dos idosos utiliza algum tipo de medicamento, prescrito ou não, pelo menos uma vez ao dia. No entanto, há aqueles que utilizam vários deles: cardiovasculares, anti-hipertensivos, analgésicos, sedativos, laxantes, antiácidos, entre outros. O uso concomitante de tantos medicamentos aumenta o risco de reações adversas e diminui os níveis de segurança em seu uso: troca de dosagens, de horários de ingestão, causando resultados desastrosos ou, no mínimo, anulando os efeitos do medicamento.

Embora, em algumas situações, seja indicado o uso de múltiplos fármacos, pela presença de condições agudas e crônicas de adoecimento, uma revisão periódica e criteriosa de todas as medicações em uso é importante. Na revisão, avaliam-se os benefícios da terapia medicamentosa, os riscos de reações adversas e de interações medicamentosas, considerando o risco para reações que afetem o equilíbrio, a mobilidade, que causem tonturas, quedas, constipação, incontinência urinária, certificando-se dos menores riscos e maiores benefícios da terapia utilizada.

A administração de terapia medicamentosa é um fator importante para manter um idoso saudável, mas envolve, também, riscos significativos por envolver habilidades complexas que, quando comprometidas, podem se tornar avassaladoras. Membros da equipe de saúde podem atuar de forma colaborativa com os idosos garantindo a sua segurança e o uso apropriado dos medicamentos, ensinando formas alternativas de reconhecer o nome e o modo de ingeri-los, utilizando como referência símbolos e práticas do cotidiano do idoso para facilitar, por exemplo, a memorização do horário do medicamento.

As estratégias educativas incluem checar com o idoso, na consulta odontológica ou na visita domiciliar, o uso dos remédios, construir com ele novas embalagens que auxiliem na identificação, estimular a ajuda dos familiares neste controle, orientar sobre os efeitos dos medicamentos, suas interações com os alimentos e com outros medicamentos.

As reações farmacológicas adversas na cavidade bucal

A cavidade bucal é comumente acometida por reações farmacológicas adversas, embora muitas vezes estes distúrbios passem despercebidos tanto pelos profissionais da saúde, como pelos indivíduos acometidos. Isto se torna evidente quando a população idosa é avaliada. Suas peculiaridades fisiológicas, patológicas e sociais fazem com que as condições bucais fiquem em segundo plano.

Os distúrbios gustativos são comuns. Dentre eles, encontram-se a diminuição ou a perda da sensibilidade gustativa. Tais alterações são

provavelmente devidas à atuação destas drogas na composição da saliva e do fluxo salivar.

Esta informação deve ser compartilhada com o idoso, pois no caso da persistência do uso da medicação, os sintomas não serão eliminados. Por outro lado, com a suspensão do medicamento, a remissão é gradativa, podendo levar até aproximadamente 8 semanas.

A ação tópica, ou seja, direta, dos medicamentos na cavidade bucal pode, além de desencadear ulcerações bucais, tais como, queimaduras, causar um incremento nos desafios cariogênicos, pelo desequilíbrio do pH bucal, quando estes fármacos são veiculados com altas concentrações de açúcar. O processo de cárie dentária também pode ser desencadeado por ação indireta. Primeiro, pela possibilidade de redução do fluxo salivar, dificultando a ação dos tampões salivares, e segundo, pela xerostomia, pela tendência de alterações comportamentais provocada, tais como, a ingestão de balas para a diminuição da sensação de boca seca.

Também as infecções orais podem ser induzidas ou agravadas pelos fármacos corticoesteróides, antimicrobianos, antineoplásicos e imunossupressores. A terapia com agentes neurolépticos pode desencadear um distúrbio motor irreversível chamado de disquenesia, caracterizada pela movimentação involuntária de lábios, língua e boca. O quadro pode manifestar-se meses após o início do tratamento. Medicamentos que afetem o sistema imunológico do idoso podem acarretar o aparecimento da estomatite aftosa geralmente na mucosa bucal, repercutindo na rotina de cuidado à saúde bucal, bem como na utilização de próteses removíveis. Distúrbios como glossite, lesões vesículo-bolhosas, reações liquenóides, eritema multiforme e lupus eritematoso também foram citados como possíveis manifestações bucais relacionadas ao consumo de medicamentos.

Saliva, hipossalivação e xerostomia no idoso

A saliva é uma secreção exógena, mucoserosa, com coloração clara e pH levemente ácido, produzida pelas glândulas salivares maiores e menores. Apresenta em sua composição 99% de água e 1% de eletrólitos, imunoglobulinas, proteínas, enzimas, mucinas e produtos nitrogenados. Quando a ela somam-se o fluido crevicular, células sanguíneas, bactérias e seus produtos, vírus, células descamadas do epitélio bucal e secreções pulmonares expectoradas, é conceituada

como saliva total.

Um fluxo salivar adequado é pré-requisito essencial para uma boa saúde bucal. A saliva não apenas torna a função oral possível, mas também protege os tecidos bucais de agentes nocivos derivados de microorganismos, alimentos e drogas. A função salivar no processo de digestão foi a primeira a ser estudada. A identificação e o conhecimento dos seus componentes evidenciaram a complexidade do fluido salivar. Suas funções incluem:

- a) capacidade tampão;
- b) formação do bolo alimentar;
- c) evidenciação do sabor;
- d) ação antibacteriana, antifúngica e antiviral;
- e) lubrificação;
- f) remineralização; e
- g) proteção frente à desmineralização.

O controle da produção e excreção salivar é realizado por meio do sistema nervoso autônomo, sendo o impulso nervoso transmitido através do neurotransmissor acetilcolina. Este conhecimento é importante, pois os fármacos podem atuar neste sistema, afetando assim a secreção salivar. Os chamados parassimpaticomiméticos produzem efeitos semelhantes ao da acetilcolina, proporcionando a elevação da secreção. Já os parassimpaticolíticos, antagonistas competitivos da mesma, possuem como efeito a inibição da secreção salivar.

A lubrificação é a mais antiga das funções salivares descrita. Não somente dos alimentos consumidos, mas também dos tecidos moles e duros da cavidade bucal. Um fluxo salivar insuficiente certamente causará problemas, como a retenção e a impacção dos alimentos nos elementos dentários, dificuldade na alimentação, aumento na formação de placa bacteriana, entre outros. A saliva atua ainda na manutenção do pH bucal, por meio dos tampões bicarbonato, íons fosfato e peptídeos ricos em histidina.

Recapitulando então: os indivíduos acometidos por alterações salivares, provenientes da diminuição ou da ausência total de fluxo salivar, possuem uma maior predisposição a patologias bucais, como maior suscetibilidade a infecções, lesões atípicas de cárie, lesões na mucosa bucal, saburra lingual, halitose, dificuldades

de deglutição, principalmente de alimentos secos, problemas na fala e na utilização de próteses removíveis, alterações nas funções sensoriais e quimiossensoriais, entre outros. Todos esses fatores afetam o convívio social e diminuem a qualidade de vida do indivíduo.



Na Prática

Sialometria é o exame que analisa o fluxo salivar com o objetivo de quantificar o volume e o funcionamento fisiológico das glândulas salivares, em repouso ou quando estimuladas, em função do tempo de excreção. Para tanto, é necessário o dispositivo denominado sialômetro. A maioria dos estudos considera como parâmetro da hipossalivação, na análise do fluxo salivar total em repouso, valores iguais ou menores que 0,1 ml/min. Entretanto, valores entre 0,1 e 0,2 ml/min. já podem ser considerados como abaixo do normal.

A hipofunção das glândulas salivares e a xerostomia, apesar de serem entidades distintas, estão frequentemente associadas. Estudos apontam uma forte correlação entre o número de medicamentos ingeridos e a presença de xerostomia. Este é caso bastante comum e típico da pessoa idosa.

Existe uma confusão no uso dos termos xerostomia e hipossalivação, já que muitas vezes são empregados como sinônimos. A hipofunção das glândulas salivares é um sinal referente à hipossalivação, ou seja, diminuição objetiva do fluxo salivar abaixo dos níveis considerados normais. Já a xerostomia se refere ao sintoma relacionado à sensação de boca seca.

Durante muito tempo, estudos sobre xerostomia/hipossalivação em idosos atribuíam este achado clínico como uma alteração associada ao envelhecimento. Tal concepção baseava-se especialmente na não distinção entre o que era resultado de uma “alteração normal” do envelhecimento e o resultado de patologias associadas ao envelhecimento e seus tratamentos que podiam modificar significativamente o fluxo salivar em pessoas mais velhas. Por outro lado, alterações observadas no parênquima das glândulas salivares durante o envelhecimento reforçavam esta concepção. De fato, as glândulas salivares têm seu parênquima substituído por tecido

adiposo e fibroso, mas não é claro se as mencionadas alterações morfológicas determinam uma modificação funcional durante o envelhecimento.

Alguns estudos populacionais de larga escala têm mostrado que o fluxo não estimulado total diminui com o aumento da idade, enquanto outros falham em demonstrar esta relação. Entretanto, tanto a hipossalivação como a xerostomia parecem ter uma prevalência aumentada com a idade e são mais frequentes entre as mulheres.

A partir de um levantamento dos medicamentos mais comumente usados por idosos no Brasil, Padilha; Souza (1997) listou 32 que apresentavam a xerostomia (boca seca) com possível efeito colateral. Conheça, a seguir no quadro 15, os fármacos levantados pela autora:

Alguns hábitos como o uso do fumo, do álcool, o consumo de bebidas com cafeína e a respiração bucal têm sido associados com xerostomia.

Manejo da “boca seca”

Quando não for possível a substituição dos medicamentos, o tratamento da boca seca será paliativo, ou seja, controlará os sinais e os sintomas.

A comunicação entre profissionais deve incluir a discussão sobre a possibilidade de ajustes na terapia medicamentosa, na dieta e no acompanhamento das diversas alternativas de tratamento paliativo ou não.

Alguns procedimentos são indicados para o estímulo da produção de saliva:

- a) o estímulo à mastigação é a primeira recomendação, pois induz a produção de saliva. O estímulo de sucção também favorece a salivação. O uso de gomas de mascar e balas **sem açúcar** pode ser eficiente para estimular a produção de saliva;
- b) o aumento do consumo de água é recomendado, já que muitas pessoas não tomam água em quantidade adequada o que contribui para o agravamento da boca seca;
- c) o uso de soluções que contenham álcool na sua composição

1	Captopril
2	Carbamazepina
3	Carbidopa/Levodopa
4	Cimetidina
5	Cinarizina
6	Cloridrato de Biperideno
7	Cloridrato de Clonidina
8	Cloridrato de Fluoxetina
9	Cloridrato de Imipramina
10	Cloridrato de Paroxetina
11	Cloridrato de Prometazina
12	Cloridrato de Propanolol
13	Cloridrato de Tioridazina
14	Cloridrato de Verapamil
15	Clortalidona
16	Diazepam
17	Diclofenaco Sódico
18	Dinitrato de Isossorbida
19	Dipirona Sódica
20	Fenitoína
21	Flurazepam
22	Furosemida
23	Hidroclorodiazida
24	Levomepromazina
25	Metildopa
26	Nifedipina
27	Nizaditina
28	Paracetamol
29	Penicilina V
30	Propatilnitrato
31	Triexifenidil
32	Urapidil

Quadro 15: Fármacos associados à xerostomia.

Fonte: Padilha; Souza, 1997.

deve ser evitado, pois ressecam ainda mais a boca;

- d) a lubrificação frequente dos lábios (vaselina ou bastão hidratante);
- e) a dieta é parte importante no tratamento do idoso com boca seca. Devemos atentar para o fato de que a baixa produção de saliva associada à ingestão de alimentos açucarados e pastosos deterioram ainda mais sua condição de saúde bucal;
- f) o uso de substitutos de saliva (saliva artificial) pode diminuir a sensação de boca seca por hidratar a mucosa, configurando-se em um modo de controlar os sintomas indesejados. No entanto, devido ao seu custo, pode ficar inacessível a uma parcela das pessoas;
- g) o uso de enxaguatórios antibacterianos (como clorexidine) pode ser apropriado como coadjuvantes da higiene bucal quando esta se encontra prejudicada. Para idosos dentados, é importante rever o esquema de aplicação de fluoretos, tanto no domicílio como em consultório.

Relação entre doenças sistêmicas e doenças bucais

Numa visão contemporânea, a promoção do cuidado à saúde bucal direcionado às pessoas idosas não pode deixar de considerar a comprovada relação entre o estado de saúde geral e as condições de saúde bucal. Como uma via de mão dupla, os termos desta relação se interferem mutuamente e podem, ao entrar num ciclo infundável de agravos à saúde, prejudicar o processo de envelhecimento saudável.

Pesquisas recentes alertam para a estreita relação entre saúde bucal e saúde geral, demonstrando que a má condição de saúde bucal, principalmente a presença de doenças periodontais, constitui fator predisponente a doenças sistêmicas, como pneumonia, cardiopatias e diabetes, bem como agrava/debilita o estado geral de saúde dos idosos. Da mesma forma, a má condição de saúde pode ocasionar problemas bucais ou agravar os já existentes.

A seguir, exibimos um quadro relacionando-se as doenças sistêmicas mais prevalentes no idoso e a repercussão bucal (Quadro 16):

DOENÇAS SISTÊMICAS	RELAÇÃO COM SAÚDE BUCAL
Doenças cerebrovasculares	Comprometimento da capacidade de mastigação, sorriso ou fala; perda da habilidade manual; prejuízo na autolimpeza dos dentes (por perda da tonicidade muscular nas regiões onde ocorre hemiparalisia facial); drogas podem causar efeitos colaterais como: sangramento gengival, complicações na cicatrização de tecidos moles, estomatites, principalmente, boca seca causada por uma diminuição do fluxo salivar; suspensão de anticoagulantes pré-procedimento cirúrgico.
Doenças cardíacas	Devem ser analisadas as condições do idoso para profilaxia adequada à prevenção da endocardite bacteriana; diminuição da ansiedade e o stress no momento do atendimento odontológico; suspensão de anticoagulantes pré-procedimento cirúrgico.
Diabete Mellitus	Alta prevalência de problemas bucais nos idosos mal-controlados; procedimentos eletivos devem ser postergados no caso dos níveis glicêmicos alterados.
Osteoporose	Perda de inserção periodontal em idosos com osteoporose, correlação entre osteoporose e doença periodontal ainda necessita de estudos mais aprofundados.
Doença de Alzheimer	Higiene bucal ruim; prevalência aumentada da doença periodontal, xerostomia/hipossalivação; possibilidade de início de lesões cáries diversas.
Artrite	Perda da habilidade manual necessária para desempenhar uma higiene bucal; pode limitar a abertura bucal e tornar a mastigação desconfortável; tratamento odontológico deve ser realizado em consultas de curta duração.
Doença de Parkinson	Movimentos involuntários e distúrbios psíquicos causam deficiência motora e prejuízo na higiene bucal.
Depressão	Idoso poliqueixoso, insatisfeito; medicamentos antidepressivos têm como efeito colateral a hipossalivação.

Quadro 16: Doenças sistêmicas mais prevalentes no idoso e a repercussão bucal.

Fonte: Manetta; Montenegro; Brunetti, 1998.

Na medida em que se compreenda e que se conscientize da importância da saúde bucal no processo de envelhecimento saudável, será crescente a demanda pelos cuidados à saúde bucal dos idosos. Por isso, é indispensável que a responsabilidade pelo cuidado com a saúde bucal seja assumida por todos os membros da equipe de saúde.

5.2 Odontologia de Mínima Intervenção, Tratamento Restaurador e Atraumático e Arcada Dental Reduzida

A Política Nacional de Saúde Bucal sugere que sejam adotadas tecnologias simplificadas para a assistência odontológica ao idoso, no intuito de ampliar o acesso e permitir a inclusão de procedimentos resolutivos à prática odontológica, que sejam fundamentados na melhor evidência científica disponível.

Para além desse argumento, também se considera que os idosos podem se beneficiar de um rol maior de procedimentos realizados na atenção básica e que, embasados em conceitos atuais condizentes com a fisiologia da cavidade bucal, possam suportar um novo modo de pensar as práticas odontológicas individuais e coletivas e os campos de ação do dentista com relação à saúde bucal do idoso. Muito pode ser feito ou, dito de outro modo, os idosos podem e devem se beneficiar do extenso rol de procedimentos fornecidos na atenção básica. O serviço deve procurar abandonar as antigas práticas/posturas mutiladoras, focadas somente na extração dentária.

O atendimento clínico dos idosos na atenção básica deve procurar otimizar o máximo de recursos próprios desse nível de atenção, considerando a heterogeneidade de tal grupo populacional. Busca-se aqui tratar sobre os conceitos de Odontologia de Mínima Intervenção, Tratamento Restaurador e Atraumático e Arcada Dental Reduzida.

O plano de tratamento individual do idoso deve:

- a) considerar a real condição do idoso em receber assistência odontológica na UBS: deslocamento, acompanhante, ansiedade;
- b) considerar a duração do tratamento e a necessidade de encaminhamentos para a viabilidade e realização dos procedimentos;
- c) definir o papel dos cuidadores (profissionais, leigos ou familiares) na manutenção da saúde bucal do idoso;
- d) minimizar o estresse e a ansiedade das consultas odontológicas: reduzir o tempo de espera, definir o horário de atendimento, realizar consultas de curta duração, e procurar uma boa comunicação, tanto verbal como escrita;
- e) enfatizar, com otimismo, a possibilidade de manutenção da saúde bucal nesta fase da vida.

O Estatuto do Idoso garante o direito de prioridade no agendamento das consultas, inclusive as odontológicas. O agendamento deve considerar este importante direito conquistado.

A seguir, foram selecionadas três filosofias que estão em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, na área do idoso, como tecnologias simplificadas que podem ser utilizadas na assistência odontológica na atenção básica e que possibilitam maior impacto e cobertura.

Odontologia de Mínima Intervenção

A Odontologia de Mínima Intervenção é aqui apresentada como um referencial contemporâneo, baseado em evidências científicas, para a abordagem dos problemas bucais de idosos dentados. Este conceito pode ser aplicado como fundamento para a assistência clínica odontológica a idosos na atenção básica de saúde no SUS, preconizando o controle das doenças bucais pelo dentista, compartilhando responsabilidades com a equipe de saúde e familiares ou seus cuidadores. Nesse caso, a abordagem se inicia pela definição do risco de adoecimento bucal apresentado pelo idoso, com enfoque na prevenção e na detecção precoce das doenças bucais. Especialmente em relação à cárie dentária, é dado ênfase à possibilidade de remineralização, sendo que restaurações e intervenções cirúrgicas são realizadas quando o dentista, juntamente com o idoso e/ou cuidador, acharem conveniente e necessário, e principalmente após a doença ter sido controlada.

Chalmers (2006) propôs um Protocolo para Odontologia de Mínima Intervenção em Idosos segundo classificação de risco (Quadro 17):

CARACTERÍSTICA DO IDOSO	UTILIZAÇÃO DE CREME DENTAL FLUORETADO	BOCHECHO DE GLUCONATO DE CLOREXIDINE A 0,12%	VERNIZ FLUORETADO
Baixo risco à cárie e hipersensibilidade	2x ao dia	----	1 ou 2 aplicações anuais
Baixo risco à cárie e gengivite	2x ao dia	1x ao dia por 4 semanas seguido de revisão -regressão da gengivite	1 ou 2 aplicações anuais
Alto risco à cárie e disfunção salivar	2x ao dia	1x dia por 4 semanas seguido de revisão	3 ou mais aplicações anuais

Quadro 17: Intervenção em Idosos segundo classificação de risco.

Fonte: Chalmers, 2006.

Consideram-se fatores de risco proximais de adoecimento bucal na população idosa: presença de doenças sistêmicas, capacidade funcional comprometida, higiene bucal deficiente, tabagismo, etilismo, polifarmácia, disfunção salivar, dieta rica em açúcares, próteses fixas/removíveis e restaurações mal adaptadas, exposição radicular, pouco/nenhum contato com fluoretos, falta de acesso ou baixa periodicidade no uso dos serviços odontológicos.

Arcada Dental Reduzida

Como não se pode prever a quantidade ideal de dentes necessária para uma boa função oral, deve-se preservar tantas unidades oclusais quantas forem possíveis para que o idoso tenha satisfeitas suas demandas funcionais. A manutenção de dentes naturais, saudáveis, em plena função por toda a vida, promovendo benefícios biológicos e sociais como estética, conforto e habilidade para mastigar, degustar e falar, é considerado sinal de um envelhecimento de sucesso.

A completa reabilitação das arcadas dentárias muitas vezes torna-se impossível devido às condições físicas e mentais do paciente ou por razões financeiras. Torna-se necessária uma abordagem diferenciada para que se evite mudanças drásticas na condição bucal, mantendo um adequado nível de função oral com uma quantidade suficiente de dentes.

Idosos têm necessidades funcionais diferentes dos mais jovens e podem não necessitar da reabilitação completa das arcadas. O conceito de arcada dental reduzida baseia-se na manutenção dos dentes anteriores e pré-molares, em ambas as arcadas, para evitar reabilitações complexas na região de molares. Uma arcada dental reduzida, portanto, constitui uma dentição na qual a maioria dos dentes posteriores foi perdida, mais frequentemente molares. Esse conceito vem sendo reformulado e aprimorado ao longo dos anos. Em 1982, a Organização Mundial da Saúde adotou como meta para a saúde bucal a retenção de dentes ao longo da vida que proporcionem estética e função, constituindo uma dentição natural com não menos que 20 dentes, sem considerar a necessidade de próteses.

Tradicionalmente, idosos têm recebido tratamentos (e sobretratamentos) que levam ao uso de próteses muitas vezes em detrimento da dentição natural, por desgastes excessivos na realização de preparos e extrações dentárias. Com o aumento do número de indivíduos mantendo seus dentes naturais, a filosofia de tratamento, bem como as técnicas restauradoras/protéticas, devem sofrer modificações, e as conservadoras divulgadas e implementadas. O conhecimento e o aprofundamento das questões referentes à aplicação dos conceitos da Arcada Dental Reduzida devem ser estimulados para que os dentistas dominem e, conseqüentemente, ofereçam mais esta alternativa de tratamento à população geral.

Tratamento Restaurador Atraumático

O tratamento restaurador atraumático é considerado uma estratégia de tratamento apropriado de dentes com lesões cariosas que não apresentem exposição pulpar. Consiste na remoção de tecido

cariado manualmente, sem o auxílio de equipamento odontológico - instrumentos rotatórios, cadeira, refletor e unidade auxiliar e sem uso de anestésicos, seguido de selamento da cavidade com cimentos ionoméricos.

Pode ser entendido como uma abordagem coletiva para a redução da infecção bucal até posterior vinculação ao agendamento programado na unidade de saúde. Esta técnica pode ser utilizada integrada a programas educativo-preventivos dirigidos a populações com acesso restrito a serviços tradicionais (incluindo idosos acamados e institucionalizados), mas não exclusivamente. Pode também ser considerada uma opção para atendimento clínico de idosos na UBS e visita domiciliar.



Na Prática

A escolha pelos cimentos ionoméricos se justifica por suas *propriedades*: bom selamento cavitário, lenta e continuada liberação de flúor, biocompatibilidade com a polpa e a gengiva. Os melhores resultados são conseguidos nas restaurações de uma face. É imprescindível seguir corretamente as instruções do fabricante para a mistura. O *preparo cavitário* pode ser feito com a ampliação da abertura no esmalte dentário com instrumento cortante (como cinzel), remoção da dentina cariada amolecida em especial na junção E/D com curetas (iniciar nas paredes laterais em direção a pulpar, deixar as camadas inferiores próximas à polpa). O *instrumental Básico* é composto por espelho bucal, sonda exploradora, pinça, escavadores de dentina pequenos e médios (seu uso vai depender do tamanho da cavidade), cinzel, placa de vidro e espátula de manipulação, espátula de inserção, matriz e porta-matriz, cunhas de madeira, rolos de algodão, bolinhas de algodão, cimento de ionômero de vidro (pó e líquido), vaselina, em ambiente com boa iluminação. Após a remoção da dentina cariada, procede-se ao isolamento relativo do dente com algodão, secagem da cavidade com bolinhas algodão, condicionamento da dentina com líquido do CIV, preparo do ionômero, inserção do ionômero na cavidade e colocação do dedo sobre o material para espalhamento. Manter uma leve pressão até o endurecimento do CIV. Depois, remover o excesso de material com cinzel, cobrir a restauração com vaselina, testar a oclusão e retirar os resíduos, aplicar outra camada de vaselina. O paciente deve ser orientado a esperar uma hora para se alimentar.

Entre as vantagens da técnica, citam-se: tecnologia simplificada, boa relação custo-benefício, bases científicas apropriadas, permite acesso a coletividades, mantém estrutura dental, gera menor desconforto ao idoso e otimiza o trabalho do dentista.



Saiba Mais

Como leitura complementar indicamos:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Cadernos de atenção básica, n. 19).

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 696-704, 2008.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta Unidade possibilitou que você entrasse em contato com as ações clínicas para o enfrentamento dos principais agravos à saúde bucal dos idosos. Revisou as alterações bucais decorrentes do envelhecimento e os principais problemas bucais apresentados pelos idosos. Também abordou as relações entre as doenças sistêmicas e as doenças bucais no idoso, a polifarmácia, bem como as consequências do uso de fármacos na cavidade bucal, característica frequente nos idosos, principalmente aquelas relativas às alterações no fluxo salivar. Destacou a abordagem da Odontologia de Mínima Intervenção como uma alternativa para manejo dos problemas bucais apresentados pelo idoso, no âmbito clínico, com a aplicação da técnica do Tratamento Restaurador Atraumático e do conceito de Arcada Dental Reduzida.

CARO (A) ESPECIALIZANDO (A)

Aqui você chega ao final do Módulo 8 do Eixo 2, que teve como foco central a Atenção à Saúde do Idoso. Entre os conteúdos abordados e distribuídos nas 2 unidades, você teve a oportunidade de na primeira unidade, conceitos sobre a abordagem familiar no âmbito social do idoso pelos membros da Equipe da Saúde da Família, as alterações fisiológicas causadas pelo envelhecimento e as demandas odontológicas e estudou as ações do cuidado à saúde bucal do idoso. Na segunda unidade, foram discutidos temas como o enfrentamento dos principais agravos à saúde bucal do idoso, você pode fazer uma revisão acerca de algumas alterações bucais e aprendeu sobre a técnica da odontologia de mínima intervenção. No âmbito mundial, viu, igualmente, que a saúde do idoso ganha força e está contemplada em vários acordos internacionais, onde o Brasil é signatário.

Os conteúdos aqui apresentados e discutidos visam a sua qualificação profissional. Mantenha esta dedicação em todas as etapas do curso! Desejamos a todos muito sucesso e um bom aprendizado!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, 2006. (Cadernos de atenção básica, n. 17). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/saude_bucal.html>. Acesso em: 22 jul. 2010.

CHALMERS, J. M. Minimal intervention dentistry: strategies for addressing the new caries challenge in older patients. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 72, n. 5, p. 427-433, 2006.

MANETTA, C. E.; MONTENEGRO, F. L. B.; BRUNETTI, R. F. Interações entre a medicina e a odontologia no tratamento do paciente geriátrico - Parte I. **Revista Atualidades em Geriatria**, v. 3, n. 19, p. 27-32, out. 1998.

PADILHA, D. M. P.; SOUZA, M. A. L. Estado dentário e edentulismo observados em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. **Revista Odonto Ciência**, n. 24, 1997.

AUTORES

Jussara Gue Martini

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1979), especialização em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1982), especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1987), especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1990), especialização On Line em Investigação Sobre o fenômeno das Drogas pela Universidade de São Paulo (2006), especialização em Acupuntura pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistemáticos (2005), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1999). Atuou como docente e pesquisadora dos cursos de Enfermagem e Pedagogia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos, no período de 1982 a 2004, tendo exercido, na mesma instituição, as funções de Chefe de Departamento de Educação, Coordenadora de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e de Diretora de Administração do Centro de Ciências Humanas. Atuou como enfermeira da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, no período de 1995 a 1999. Participou como conselheira no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, de 1995 a 1999 e como conselheira do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de 1998 a 2004, exercendo a Coordenação da Comissão de DST/AIDS do Conselho estadual. Atualmente é Professora e pesquisadora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) e preceptora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF) da Universidade Federal de Santa Catarina. Integra a diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) - Gestão 2007 - 2010, exercendo a Diretoria de Publicações e Comunicação Social. Possui experiência na área de Educação em Enfermagem, Enfermagem na Atenção Básica no Cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS, atuando principalmente nos seguintes temas: representações sociais de HIV/AIDS, educação em enfermagem, enfermagem em atenção básica. No campo das representações profissionais, foi Diretora de Educação e Presidente da ABEn RS (1998-2001 e 2001-2004), Segunda tesoureira da ABEn Nacional (2004-2007) e Diretora de Publicações e Comunicação Social da ABEn - Nacional (2007-2010).

Ana Lúcia S. F. Mello

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998), mestrado em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2001), doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005) e Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva também pela UFSC (2009). Ainda realizou Pós-Doutorado no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES/ PEN/UFSC). Desenvolve trabalhos na área do Cuidado à Saúde, com ênfase em Melhores Práticas e Odontologia em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado à saúde, cuidado à saúde bucal, odontologia em saúde bucal coletiva, saúde do idoso, odontogeriatría, instituições de longa permanência, melhores práticas em saúde, serviços de saúde, políticas públicas em saúde, saúde da família e promoção da saúde.

André Junqueira Xavier

Atualmente é presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de Santa Catarina - SBGG-SC. Especialista em Geriatria pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia SBGG/AMB. Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1989), mestrado em Ciências da Computação pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002) e doutorado em Informática na saúde UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP pela Universidade Federal de São Paulo (2007). Atualmente é professor de Geriatria e Medicina Preventiva da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Geriatria, atuando principalmente nos seguintes temas: geriatria, gerontologia, informática, envelhecimento prevenção e interação.

Lúcio José Botelho

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (1977) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). É professor adjunto IV da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, mortalidade infantil, indicador de mortalidade infantil e acidentes de trânsito. Atualmente é Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina.

O módulo 8, que tem como foco a saúde do idoso, irá discutir e refletir sobre a atenção à saúde do idoso no âmbito da atenção básica com o intuito de instrumentalizar o trabalho dos profissionais da equipe saúde da família para assistir essa população específica com ênfase na promoção da saúde, incluindo políticas direcionadas ao idoso no Brasil e no mundo, papel dos membros da equipe de saúde da família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso, bem como as ações da clínica e do cuidado relacionados aos principais agravos de saúde, e de forma integral e personalizada, considerando seu contexto social, cultural, econômico e político e determinantes de saúde.

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina