

Instituições Geriátricas e Negligência Odontológica

Geriatric institutions and neglecting dental care

*Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

** Dalva Maria Pereira Padilha

RESUMO

O abuso contra idosos representa um conjunto de ações que incluem maus tratos, intencionais ou não, ou negligência contra indivíduos idosos. Os maus tratos e a negligência podem caracterizar-se por restrições, falhas nos cuidados básicos, higiene deficiente, condições de trabalho precárias e falta de qualificação dos cuidadores, entre outros. Nos idosos que possuem algum grau de dependência, a deficiência na higiene representa o mais sério problema de saúde bucal. Nessa população a higiene é uma das tarefas de responsabilidade do cuidador. Devido a uma série de fatores este cuidado, e especialmente o cuidado com a higiene bucal, sofre negligência resultando em um colapso da saúde bucal do paciente. Este trabalho tem como objetivo conceituar e classificar o abuso e a negligência contra idosos, enumerar hipóteses de fatores de risco, revisar a legislação vigente, identificar as dificuldades dos cuidadores e alertar o cirurgião-dentista para sua responsabilidade nessa problemática. Os cirurgiões-dentistas devem estar cientes dessa realidade devido a alta prevalência de problemas de saúde bucal nessa faixa etária. A conseqüente necessidade de tratamento, reforça a necessidade do cirurgião-dentista repensar sua responsabilidade social. O cuidado odontológico deve estar agregado à atenção integral à saúde do idoso, pois a condição bucal em última análise influencia diretamente a qualidade de vida destes indivíduos.

PALAVRAS-CHAVES

Odontogeriatrics, negligência, cuidado odontológico, instituições geriátricas

A ODONTOLOGIA NAS INSTITUIÇÕES

As instituições que atendem o público idoso, particulares, públicas, ou do terceiro setor, geralmente têm uma clientela definida pelo tipo de atendimento que realiza. Assim, podem ser classificadas como geriátricas ou gerontológicas, destinadas a idosos dependentes e independentes respectivamente, sendo que muitas são de caráter misto. (COREN, 1999).

Com o avançar da idade há uma queda no nível de higiene bucal e um aumento da incidência de doenças bucais em idosos. A diminuição da capacidade motora, a baixa auto-estima, a falta de estímulo para a realização da higiene bucal, ou a incapacidade de realizar sua própria higiene devido a doenças crônico-degenerativas torna o idoso um indivíduo de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais.

A situação dos idosos institucionalizados não é diferente. Cuidadores, inclusive cirurgiões-dentistas, tendem a ter pouca perspectiva em relação a longevidade do idoso e questionar a preocupação com a manutenção dos dentes na cavidade bucal. Atitudes negativas podem contribuir significativamente para a negligência extrema e para deficiência na saúde bucal dos idosos.

Nestas instituições há um grande número de tarefas a serem desempenhadas e que compõe o rol de atenção e assistência que os idosos necessitam, desde serviços de

hotelaria até cuidados médico-hospitalares. Para isso, devem estar preparadas não somente com estrutura e equipamentos mas também com recursos humanos em quantidade e preparo ideais.

A promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal devem estar inseridas na rotina das instituições. A condição bucal em última instância influencia diretamente a qualidade de vida do idoso por definir sua capacidade de mastigação, nutrição, fonética e de socialização.

CONCEITOS

O abuso contra idosos representa um conjunto de ações, únicas ou repetidas, que incluem maus tratos, intencionais ou não, ou negligência contra indivíduos idosos. É causa de dano, prejuízo ou "stress", podendo ser temporário ou se prolongar durante um período de tempo. (BENNETT)

O abuso caracteriza-se por estar inserido numa relação na qual há expectativa de confiança pelo indivíduo idoso. Logo, pode-se encontrar casos de abuso tanto em instituições quanto no próprio domicílio. (BENNETT; JORGENSEN, 1992)

Define-se negligência como o ato de violação de direitos, a falta de cuidado ou responsabilidade, resultando em dano para o idoso. (BENNETT; HOLTZMAN, 1997)

O abuso pode ser dimensionado em abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, abuso material e auto abuso/negligência. (BENNETT; JORGENSEN, 1992)

A negligência pode ser classificada em:

- Negligência ativa: recusa ou falha em garantir o cuidado obrigatório (incluindo a tentativa consciente e intencional de infligir fisicamente ou emocionalmente o idoso).

- Negligência passiva: recusa ou falha em preencher uma obrigação do cuidador (excluindo a tentativa consciente e intencional de infligir fisicamente ou emocionalmente o idoso). (BENNETT; JORGENSEN, 1992)

O abuso e a negligência em instituições podem apresentar-se de várias maneiras. Contínuas falhas nos cuidados básicos, higiene deficiente, condições de trabalho precárias, falta de organização que leva a baixos padrões de atenção e assistência, fraudes, restrições, torturas e assassinatos. (JORGENSEN, 1992)

Atos e omissões podem ocorrer devido a/ao (BENNETT; JORGENSEN, 1992):

- falha no treinamento ou educação da equipe em relação ao cuidado com o idoso;
- stress relacionado com o trabalho;
- estrutura organizacional, atitudes e cultura;
- personalidade psicopatológica dos indivíduos da equipe;
- falta de recursos para prover assistência de boa qualidade;
- características da personalidade da vítima.

A conservação da saúde é pautada pelos hábitos de vida que o indivíduo constrói e pratica ao longo da vida. Os cuidadores de indivíduos idosos têm como função zelar e

*Aluna do Curso de Mestrado em Odontologia - Área de Concentração Saúde Bucal Coletiva da UFRGS.

** Professora da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Doutora em Estomatologia.

auxiliar na manutenção de bons hábitos para que o idoso permaneça sadio. As orientações e treinamento recebidos pelo cuidador vão determinar um perfil de atenção. Consciente do porquê das ações, o cuidador segue o que lhe foi ensinado na teoria, aplicando na prática os conhecimentos. Os cuidadores que não forem informados sobre questões de saúde bucal, sua importância e influência na saúde geral do paciente idoso, e treinados para realizar as tarefas de higiene bucal, dificilmente realizarão essa rotina e não poderão ser culpados por isso.

O que geralmente ocorre é um questionamento do fato e do porquê ele, o cuidador, e não outro funcionário foi destacado para aquela função. O questionamento e a relutância em não querer participar e colaborar nas ações de saúde bucal são muitas vezes justificados pelo excesso de outras atividades que já cabe ao cuidador, não percebendo a necessidade de priorizar esta atenção ao invés de negá-la ao idoso.

A própria estrutura organizacional de algumas instituições não prevê a atenção e assistência odontológica no seu rol de serviços, ficando extremamente difícil uma cobrança dos cuidadores já que eles são o final da cadeia e estão apenas cumprindo as normatizações das instituições.

Este tipo de questionamento não parte somente dos cuidadores. Muitos leigos e até cirurgiões-dentistas, por desconhecimento do processo de envelhecimento, não percebem a necessidade de cuidado odontológico para idosos já que eles não têm dentes ou vão perdê-los brevemente ou mesmo não têm uma expectativa de vida suficiente que justifique preservá-los e mantê-los.

Esse paradigma, que resulta em negligência, é baseado numa cultura que determinou que dentistas servem para atender aqueles que têm dentes. Como *velho* não tem dentes, não precisam de dentistas. (PADILHA, 1995)

A percepção e as atitudes dos cuidadores em relação a própria saúde bucal influenciam no cuidado que este oferece para o idoso. Se o cuidador falha na conservação da sua própria higiene bucal a tendência é que este transfira as mesmas ações para o idoso que está sob seus cuidados. A tomada de decisões e atitudes passa pelo conceito fundamental de necessidade, que é bastante distinto e variável entre cuidadores, familiares, dentistas, enfermeiros e idosos. Logo, a negligência apresenta-se na sua forma mais clara, a de nada fazer por não ser necessário.

Outro fator presente é a falta de recursos para o cuidado odontológico. Ao não priorizar a atenção odontológica numa concepção preventiva, é lógico que se acumulam necessidades onerosas de tratamento. As instituições que atendem a um grande número de idosos consideram, erroneamente,

inaplicáveis os recursos necessários para prover mais esse cuidado, tanto em relação a materiais e equipamentos quanto em quantidade e qualidade de recursos humanos.

A implantação de um programa pode parecer oneroso num primeiro momento, mas esse custo é amortizado e reduzido quando comparado às grandes necessidades de tratamento curativo e reabilitador que surgirão caso a negligência persista. Além disso, existe uma série de métodos de cuidados alternativos que reduzem consideravelmente os gastos.

Talvez a maior dificuldade para a realização do cuidado odontológico seja a própria característica individual do idoso, com uma percepção da sua própria saúde bucal deturpada por anos de negligência, pensamentos e hábitos arraigados, difíceis de transpor e modificar. O trauma de atendimentos odontológicos passados e o medo do cirurgião dentista, constituem barreiras para a realização da higiene bucal pelo cuidador que fica sem ação diante de uma negativa do idoso.

Os diferentes tipos de atos e omissões que resultam em abuso podem ser perfeitamente adaptados no âmbito odontológico e essa incidência de fatores certamente leva a uma "negligência odontológica". Essa negligência profissional sistemática pode ser dimensionada em diferentes esferas que possuem o mesmo grau de responsabilidade:

- *individual ou interpessoal*: o próprio idoso é responsável pelos seus hábitos e atitudes frente sua saúde, principalmente os dependentes;

- *profissional* (médicos, enfermeiro e dentistas): por deixar de atuar frente a uma realidade problemática;

- *institucional*: a estrutura das instituições ou a família podem contribuir com a negligência da saúde bucal, ativa ou passivamente, através do mais alto funcionário até o cuidador primário;

- *governamental*: a falta de políticas públicas que insiram o idoso nos serviços de saúde, tornando-os capazes de pagar por atendimento ou o fornecimento de atendimento gratuito integral e digno, colabora efetivamente para a negligência. A falta de fiscalização nas instituições, bem como a não preocupação com possíveis barreiras ao atendimento odontológico constituem omissão do poder público frente a problemática.

CAUSAS OU HIPÓTESES DE FATORES DE RISCO

Geralmente o contexto no qual está inserido o abuso (maus tratos e negligência) é cercado por uma série de fatores que levam ao *stress*. O *stress* pode ser considerado, em última análise, o maior causador dos diferentes tipos de abuso. Ainda assim, pode-se citar algumas situações específicas que seriam consideradas de risco para ocorrência do abuso:

- *psicopatologia do abusador*: a agressão

pode ocorrer devido a problemas sociais e mentais apresentados pelo cuidador. O abuso contra idosos pode também estar associado ao alcoolismo, ou outro *stress* psicossocial;

- *ciclo de violência*: a violência familiar tende a ser um fenômeno cíclico. Esta situação pode ocorrer em famílias onde a violência é uma reação normal ao *stress*. Casos de crianças que foram abusadas tendem e perpetuar a violência doméstica e quando adultos tendem a abusar dos pais, e cuidadores que devido ao excesso de tarefas que os idosos demandam sentem-se exaustos e sem esperança maiores.

- *dependência*: o abuso geralmente ocorre quando o idoso necessita depender do cuidador para a maioria das suas funções. Situações como incontinência e impossibilidade de movimentação causam com frequência *stress* para os cuidadores que devem adaptar-se para que o potencial para o abuso não aumente.

- *isolamento social*: aqueles idosos que vivem sozinhos e estão menos susceptíveis ao abuso mas podem sofrer de negligência. Isolamento em relação aos cuidados também pode ser fator de risco.

- *falta de laços familiares*: parentes que não estimulam bons laços de amizade e afetivos durante a infância podem não se responsabilizar pelo idoso e não garantir o cuidado necessário. O cuidado do indivíduo idoso demanda recursos financeiros. Muitas vezes o adulto ou esposo(a) tem que parar de trabalhar para dar atenção integral ao idoso, ou há a necessidade de contratar serviços especializados para o cuidado em casa. Caso nenhuma dessas situações venha a ocorrer é possível que o idoso venha sofrer por negligência. (BENNETT; JORGENSEN, 1992)

PREVALÊNCIA

A literatura relata poucos dados de prevalência do abuso e negligência contra idosos pela dificuldade da população e dos profissionais da saúde em denunciar e comprovar ocorrências.

O problema do abuso contra o idoso tem crescido nos EUA. A estimativa é de 1,5 milhões de casos por ano envolvendo aproximadamente 10% da população idosa. (HOLTZMAN, 1997)

No Reino Unido o único estudo nacional de prevalência de abuso contra idosos foi desenvolvido em 1991. Um dos dados mais alarmantes encontrados: 45% dos cuidadores admitiram algum tipo de abuso contra aqueles idosos que tinham sob seus cuidados. (JORGENSEN, 1992)

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Em 1989, o Ministério da Saúde divulgou a Portaria 810, relacionada ao funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições de atendimento ao idoso, normatizando alguns aspectos como

prestação de serviços e infra-estrutura. Nesta portaria é sugerida a assistência odontológica para estas instituições.

A Política Nacional do Idoso expressa na Lei 8.842 de 1994 garante *Atenção Integral a saúde do Idoso* e a define como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços que visem a promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diversos níveis de complexidade do SUS, bem como estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS".

Em relação as atividades propostas para a saúde do idoso no ano de 1999, está prevista a *Mobilização Nacional de Intolerância aos Maus Tratos a Idosos*, que tem dois pontos principais:

- Campanha de esclarecimento à população sobre tipos de maus tratos (negligência e abuso) praticados contra os idosos;
- Notificação compulsória por médicos e outros profissionais da saúde de suspeita de maus tratos em idosos (Lei 8.842/94). Ainda necessitando de articulações com o Ministério da Justiça.

RECURSOS HUMANOS

Para as doenças mais prevalentes da cavidade bucal, cárie e doença periodontal, o comportamento em saúde é determinante primário da prevalência e severidade das doenças.

A maioria dos idosos não consegue manter bons níveis de higiene bucal ou de suas próteses necessitando muitas vezes do auxílio do cuidador para realizá-la. O cuidador desempenha, portanto um papel importante e sua postura perante a realização da higiene diária é fundamental para a manutenção da saúde bucal do idoso.

O grau de dependência do idoso vai determinar o tipo de cuidado a ser prestado e os recursos humanos necessários. Segundo BENKO et al (1991), são considerados independentes os idosos que têm capacidade para escolher suas regras de conduta, orientar seus próprios atos e realizar as atividades cotidianas sem ajuda e de adaptar-se ao seu meio ambiente; semi-dependentes são aqueles que apresentam limitações para realizar as atividades da vida diária ou suprir suas necessidades psicológicas e/ou sociais e/ou econômicas; e dependentes são aqueles idosos que dependem de outras pessoas ou de serviços especializados para atender a maioria das suas necessidades básicas, físicas ou mentais.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul desenvolveu uma proposta de dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições gerontológicas e geriátricas, em função do porte da instituição definido pelo número de idosos que esta acolhe. Foi estimado que dois terços dos idosos atendidos sejam independentes e um terço

seja dependente e/ou semi-dependente. Assim, foi recomendado:

- Instituições de pequeno porte (até 20 internos):

Enfermeiros: 1 enfermeiro responsável técnico

Técnicos e/ou auxiliares: 6 profissionais nas 24 horas

- Instituições de médio porte (21 a 40 internos):

Enfermeiros: 2 enfermeiros, sendo 1 responsável técnico

Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem: 9 profissionais nas 24 horas

- Instituições de grande porte (41 a 60 internos):

Enfermeiros: 3 enfermeiros, sendo 1 responsável técnico

Técnicos e/ou auxiliares: 12 profissionais nas 24 horas

- Instituições de porte especial (acima de 61 internos)

Para cada 20 internos repete-se o módulo de profissionais recomendado para as de pequeno porte.

As funções de responsabilidade técnica, no caso o enfermeiro, não podem ser cumulativas ao cargo de gerente da instituição ou outro de complexidade semelhante, sendo também recomendada a contratação de pessoal para as substituições de folgas, férias e licenças. Também foi recomendado que fossem treinados os empregados de serviços gerais para a participar do atendimento aos idosos. (COREN, 1999)

A partir desta estimativa de pessoal para a realização do cuidado geral de enfermagem, algumas dúvidas surgem na medida que não se sabe qual a real necessidade de recursos humanos para a realização do cuidado odontológico. Ao introduzir as atividades de higiene bucal, o mesmo número de profissionais seria suficiente? Ao acrescentarmos mais este cuidado, o rol de tarefas da enfermagem geral ficaria sobrecarregado e prejudicado em qualidade? Seriam necessários profissionais especializados (ACDs, THDs, dentistas) para a realização dessas atividades? Qual a relação quantidade/qualidade ideal para que os serviços propostos pela instituição não sejam negligenciados?

OS CUIDADORES E AS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL

Nas instituições que possuem idosos semi-dependentes ou dependentes a deficiência na higiene bucal representa o mais sério problema de saúde bucal. O cuidado é geralmente deixado a cargo do próprio paciente ou delegado a funcionários destreinados ou considerado função de uma equipe virtual de dentistas. (WARDH, ANDERSSON, SORENSSEN, 1997)

A maioria dos idosos necessita de assistência de cuidadores para suas atividades

básicas diárias como tomar banho, vestir-se, fazer a toalete, e alimentar-se. A higiene bucal quando realizada, o é pelos cuidadores no mesmo momento do banho, porém não há na literatura relatos mais precisos dessas atividades. (CHALMERS et al, 1996)

Por várias razões, muitos idosos têm dificuldades de expressar suas necessidades em relação a sua saúde bucal. Conseqüentemente, os cuidadores têm um importante papel em tomar a iniciativa para o cuidado bucal.

Na realidade, percebe-se uma falta de planejamento, envolvimento e responsabilidade com as questões de saúde bucal dos idosos. A falta de ligação entre os cirurgiões-dentistas, dominando a teoria, e os cuidadores, responsáveis pela prática, resulta em negligência por ambas as partes nas ações em saúde bucal.

Alguns estudos demonstram que para os cuidadores, a higiene bucal tem menor prioridade e inferem algumas razões para isso como falta de conhecimento e pouca atenção no currículo de enfermagem para assuntos da saúde bucal. (ARVIDSON-BUFANO, BLANK e YELLOWITZ, 1996)

CHALMERS et al (1996), realizaram um estudo objetivando constatar quais os fatores que influenciavam na provisão de cuidado odontológico por cuidadores de uma instituição para idosos no Iowa, EUA. Os cuidadores relataram realizar escovação dental e limpeza das próteses porém gastavam poucos minutos para isso. Foram consideradas outras causas como falta de tempo e de pessoal, dificuldades físicas e de comportamento dos idosos e a falta de um programa de educação em saúde bucal específico para cuidadores de idosos. Muitos cuidadores não repudiavam a realização da higiene bucal, porém aqueles que não gostavam, gastavam menos tempo nas tarefas. Os autores apresentaram também um diagrama modelo dos fatores influentes agrupando em quatro grandes segmentos: características organizacionais da instituição, formação profissional do cuidador, características pessoais do cuidador e características dos idosos da instituição.

PROPOSTAS

A partir das dificuldades referenciadas é pertinente estabelecer algumas propostas para introduzir e manter o cuidado odontológico rotineiro para idosos institucionalizados ou não.

A nível domiciliar tanto o cuidador quanto os familiares responsáveis devem estar engajados na manutenção da saúde bucal do idoso. A participação dos cuidadores vai além de ouvir as queixas ou de interpretá-las mas também inclui tomada de atitudes e decisões de atender as necessidades em casa ou encaminhar ao profissional competente, o cirurgião-dentista.

Dessa forma, os cirurgiões-dentistas, os cuidadores e familiares, têm segundo MARIÑO (1994), uma oportunidade e um desafio. A oportunidade diz respeito a perspectiva de iniciar precocemente a atenção odontológica evitando a instalação ou a evolução da doença, e o desafio é a necessidade de incorporar o cuidado familiar num sistema de atenção e assistência odontológica completo, modificando hábitos e impedindo uma explosão de necessidades de tratamentos futuros.

O cuidado odontológico em instituições envolve não somente a equipe odontológica mas também a equipe de enfermagem, médicos e os responsáveis pelos idosos cada qual com seu papel a desempenhar. O atendimento realizado *on site* deve prever programas preventivos e educativos e a participação conjunta de outras especialidades principalmente em casos de pacientes com problemas sistêmicos. Há a necessidade de normatizar o cuidado odontológico para assegurar que todo idoso institucionalizado seja alvo de serviços odontológicos adequados.

Qualquer programação que seja implementada deve estar adequada as características organizacionais da instituição e dos seus residentes. Algumas medidas tornam-se bastante óbvias frente as deficiências e dificuldades relatadas na literatura. Pode-se listar algumas linhas de ação imprescindíveis no estabelecimento de qualquer proposta de programação de atenção e assistência odontológica.

1. análise das condições atuais da instituição no que se refere as características individuais e coletivas dos seus residentes, recursos financeiros, organização e espaço físico;

2. verificação dos recursos humanos existentes e da possibilidade de realização das atividades planejadas;

3. conscientização, educação e treinamento dos funcionários da instituição para a saúde bucal;

4. capacitação teórico-prática dos cuidadores primários para a realização da higiene bucal dos idosos;

5. desenvolvimento de um programa específico de responsabilidade da equipe odontológica (que tem como função a coordenação, supervisão e avaliação das atividades) que inclui aspectos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal quando possível ou necessário;

6. estabelecimento de uma rotina diária para os residentes de atenção à saúde bucal;

7. seleção do tipo de assistência clínica-ambulatorial;

8. plano da ação para emergências odontológicas;

9. prontuários odontológicos onde serão registrados todos os procedimentos realizados, mantendo sempre as informações atualizadas;

10. exames periódicos para análise da condição de saúde bucal e das necessidades de tratamento;

11. envolvimento de uma equipe multidisciplinar;

Buscando a regulamentação e a padronização do cuidado odontológico a *American Society for Geriatric Dentistry's Long-term Care* estabeleceu quatro objetivos para o cuidado odontológico em pacientes de instituições de longa permanência em 1992. Os objetivos foram adotados como nacionais em 1993 e constituem um importante suporte para o desenvolvimento de normas para o cuidado odontológico nos EUA. (HEGELSON e SMITH, 1996)

a. o cuidado odontológico deve ser provido para prevenir a doença, manter a capacidade de mastigação e fala e preservar conforto, higiene e dignidade.

b. a padronização do cuidado odontológico bem como o acesso a ele deve ser igual ao oferecido para a comunidade

c. idosos institucionalizados ou seus responsáveis devem ter a liberdade para escolher

1º quando receber cuidados odontológicos

2º quem vai prover o cuidado

3º qual o tipo específico de cuidado odontológico será oferecido

d. cuidadores devem defender os idosos contra a negligência em relação aos problemas bucais sofridos por adultos vulneráveis que não respondam por eles mesmos

O primeiro objetivo assemelha-se ao próprio conceito de saúde bucal de YEWE-OYER (1993), bastante abrangente, que considera saúde bucal como *"o estado da boca e das estruturas associadas onde a doença é contida, a doença futura é inibida, a oclusão é suficiente para a mastigação, e os dentes são de aparência socialmente aceitável"*.

MARINELLI sugere que auxiliares de consultório dentário (ACD) sejam utilizadas como recursos humanos em instituições para idosos, atuando sob supervisão de um cirurgião dentista, realizando atividades para as quais foram treinadas. Entre elas pode-se citar:

- organização e preenchimento de prontuários

- marcação de consultas

- realização da higiene bucal

- realização de exames epidemiológicos

- conscientização e educação de outros cuidadores e funcionários

A autora enumera algumas vantagens como ter um profissional capacitado, por um maior período de tempo, com dedicação exclusiva para os assuntos odontológicos, e de menor custo para a instituição.

O PAPEL DA ODONTOLOGIA

A saúde bucal representa aspecto relevante na qualidade de vida do idoso. A den-

tição mantida geralmente necessita de cuidados especiais, representando um desafio para aqueles idosos que estão comprometidos com doenças sistêmicas. Com o aumento do número de dentes em boca e de raízes expostas, a cárie continua sendo um problema a enfrentar e com o avanço da idade um menor número de lesões são tratadas. Problemas periodontais estão presentes na maioria dos idosos e lesões de mucosa bucal são freqüentemente diagnosticados nessa faixa etária. Além disso, com o aumento da idade aumentam o número de visitas médicas enquanto o de consultas odontológicas diminui consideravelmente. (ARVIDSON-BUFANO, BLANK e YELLOWITZ, 1996)

A medicina e a enfermagem dispõe de protocolos de pesquisa definidos para prevenir e identificar o abuso contra idosos. A psicologia tem participação fundamental como parte de uma equipe multidisciplinar de pesquisa e intervenção. Muito embora cada uma das áreas da saúde tem seu papel em estudar o abuso e negligência contra idosos, os cirurgiões-dentistas tem a obrigação de estarem envolvidos com estas questões devido a alta prevalência de problemas de saúde bucal nessa faixa etária e conseqüente necessidade de cuidados especiais.

A oportunidade de estar em freqüente contato com o idoso coloca os cirurgiões-dentistas numa posição privilegiada, capaz de intervir precocemente ou até prevenir o abuso. Com o aumento da habilidade em diagnosticar este problema os cirurgiões-dentistas podem contribuir significativamente para sua solução.

Como profissionais da saúde e provedores de saúde bucal os cirurgiões-dentistas deveriam ter a obrigação profissional e moral de cuidar do paciente idoso com uma visão integral, incluindo o próprio diagnóstico do abuso, e ainda ter em mente que a própria perspectiva de negligência é um aspecto preponderante do âmbito odontológico dentro dos lares e instituições.

SUMMARY

Elderly abuse represents a whole of actions that include mistreatment, intentionally or not, or neglect against elder people. Mistreatment and neglect may be presented as restrictions, lack of basic care, poor hygiene, poor work conditions and lack of qualified careers. Poor hygiene is the most serious problem of oral health on dependent elderly. In this population, oral hygiene must be provided. However, it has been constantly neglected, resulting in oral health collapse. The aim of this work is discuss some concepts and classify elderly abuse and neglect, list hypothesis of risk factors, review the legislation and identify the difficulties of caregivers. Furthermore, this study wants to stress the necessity of dentist's

attention and responsibility of this issue. Dentists must be aware on this reality due to the high prevalence of oral health problems and needs in this group, emphasizing their social responsibility. Oral health care must be joined with the whole health attention, considering that quality of life of elderly people is strongly influenced by oral health conditions.

KEYWORDS

Geriatric dentistry, neglect, oral health care, geriatric institutions

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARVIDSON-BUFANO; U.B.; BLANK, L.W.; YELLOWITZ, J.A. Nurses' oral health assessments of nursing home residents pre and post-training: a pilot study. *Spec Care Dent.*, Chicago, v. 16, n.2, p.58-64, Mar./Apr., 1996.
2. BENKO, M.A. et al Critérios para o nível de dependência do cliente, 1991. s.n.t.
3. BENNETT, G. **Elder abuse. Study guides in geriatric medicine.** The Royal London School of Medicine and The Queen's University of Belfast, s.d.
4. BRASIL. Portaria no. 810 de 22 de setembro de 1989. Normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições de atendimento ao idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 1989.
5. BRASIL Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resumo das atividades das ações de saúde do idoso para 1999.** [on line] Disponível em <http://www.saude.gov.br/programas/idoso/resativ.num> [capturado em 16.dez.1999]
7. CHALMERS, J. et al Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Spec. Care Dent.*, Chicago, v. 16, n.2, p.71-79, Mar./Apr., 1996.
8. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM -RS. **Proposta de dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições gerontológicas e geriátricas.** Porto Alegre, 1999.
9. HEGELSON, M.J.; SMITH, B.J. Dental care in nursing homes: guidelines for mobile and on-site care. *Spec. Care Dent.*, Chicago, v. 16, n.4, p.153-164, July/Ago, 1996.
10. HOLTZMAN, J.M. Neglecting the abused and neglected? Elder abuse, domestic violence, and the dental community. *Spec Care Dent.*, Chicago, v.17, n.4, p.118-119, July/Ago, 1997.
11. JORGENSEN, J.E. A dentist's social responsibility to diagnose elder abuse. *Spec. Care Dent.*, Chicago, v.12, n.3, p.112-115, May/Jun., 1992.
12. MARINELLI, R.D. An expanded role for dental hygienists. *Spec. Care Dent.*, Chicago, Oral Health Care for Older Adults, Sp. Suppl., p.18-20.
13. MARIÑO, R. La salud bucodental de los ancianos realidad, mitos y posibilidades. *Bol. Oficina Sanit. Panam., Washington*, v.116, n.5, p.419-426, mayo, 1994.
14. PADILHA, D.M.P. **A saúde bucal de pacientes idosos. Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros.** Porto Alegre, 1995. 258p. Tese (Doutorado em Estomatologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, 1995.
15. WARDH, I.; ANDERSSON, L.; SÖRENSEN, S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Cerodontology*, Mt. Desert, v.14, n.1, p.28-32, July, 1997.
16. YEWE-DYER, M. The definition of oral health. *Br. Dent. J.*, v.174, n.7, p.224-225, Apr., 1993.

Endereço para Correspondência:

E-mail: dpadilha@pro.via-rs.com.br / alfm@zaz.com.br