

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO:
UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR**

ANIELO FALEIRO MELO

Belo Horizonte - MG
2011

ANIELO FALEIRO MELO

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO:
UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Belo Horizonte - MG
2011

ANIELO FALEIRO MELO

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO:
UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Banca Examinadora

Prof. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira - Orientadora

Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Aprovado em Belo Horizonte, 30/06/2011

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio e carinho.

Ao Chall pelo incentivos e torcida constante.

Ao Tutor Bruno Leonardo de Castro Sena pela presteza e gentileza durante todo o curso.

A minha orientadora Professora Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira pela disponibilidade, atenção e sugestões.

*“Para aqueles que não possuem dentro de si os meios
para uma vida feliz e virtuosa,
qualquer idade é um fardo”*

Marcus Tullius

RESUMO

O envelhecimento da população Brasileira e a mudança na sua estrutura etária requerem das políticas e dos profissionais de saúde atitudes definidas na abordagem de atenção à saúde com ênfase no trabalho interdisciplinar. Este trabalho bibliográfico teve por objetivo geral discutir a atuação da odontologia na atenção integral à saúde do idoso, considerando-se a necessidade da abordagem interdisciplinar. São destacadas as interações entre as diversas profissões de saúde e a odontologia, com vistas na promoção de saúde da população idosa. Os dados do levantamento bibliográfico revelam que a interação do cirurgião-dentista junto a equipes de saúde no cuidado ao idoso é existente, entretanto, com índices abaixo dos desejáveis para profissionais atuantes numa população tão heterogênea como a de terceira idade e com maior frequência de complexidade clínica. O atendimento interdisciplinar e a atenção em todos os níveis do sistema são fatores essenciais para a integridade das ações em saúde.

Palavras-Chave: Saúde bucal, equipe interdisciplinar de saúde, Odontologia Geriátrica, Saúde do Idoso

ABSTRACT

The aging of the Brazilian population and the change in its age structure require policies and attitudes of health professionals as defined in health care approach with emphasis on interdisciplinary work. This literature review aims at discussing the role of dentistry in comprehensive health care for the elderly, considering the necessity of interdisciplinary approach. The authors emphasize interactions between the different health professions and dentistry, with a view to promoting the health of the elderly population. Data from literature reveal that the interaction of the dentist with the health teams in elderly care is available, however, with rates below those desirable for professionals working in a heterogeneous population such as the elderly and more frequently of complexity clinic. The interdisciplinary care and attention at all levels of the system are essential to the integrity of public health efforts.

Key words: Oral health, health interdisciplinary team, Geriatric Dentistry, elderly health

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	9
2- OBJETIVOS.....	15
3- METODOLOGIA	16
4- REVISÃO DE LITERATURA.....	17
5- DISCUSSÃO.....	32
5.1 O envelhecimento e implicações no tratamento odontológico	32
5.2 A saúde bucal dos idosos brasileiros e fatores associados.....	34
5.3 A odontologia geriátrica.....	36
5.4 A necessidade da equipe multiprofissional.....	37
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve origem a partir de observações sobre o processo saúde-doença, sobre o papel do profissional de saúde na comunidade e sobre o trabalho do cirurgião-dentista em uma equipe de saúde, enquanto trabalhava em uma unidade de saúde da família na cidade de Pará de Minas, interior de Minas de Gerais.

A atenção à saúde é oferecida por diversas categorias profissionais, e a prática da especialização é muito comum e em consequência o conhecimento torna-se cada vez mais específico, porém fragmentado em seu todo. Então, enxergar o indivíduo com uma visão holística, proporcionando uma atenção integral, é um desafio diário, pois entender o indivíduo no seu contexto sócio-econômico e as suas relações sociais é um componente indispensável para que se entenda o verdadeiro processo saúde-doença.

Contudo, para se trabalhar com esta visão ampliada do ser humano, é imprescindível o trabalho em equipe, que deve ser norteado pela interdisciplinaridade dos saberes profissionais, em conjunto com a intersetorialidade de ações, mantendo a perspectiva da integralidade.

A integralidade segundo Albuquerque e Sotz (2004), se apresenta como:

um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde seja, integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde. (pág.261)

No contexto da integralidade, faz-se necessário uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde buscando à produção de novas práticas de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (SILVA *et al.* 2010).

A possibilidade dos conhecimentos em saúde bucal serem compartilhados com os demais profissionais de equipes de saúde torna-se de grande importância,

principalmente para aqueles grupos populacionais que não possuem acesso facilitado ao serviço odontológico como os idosos.

Apesar da retórica, o acesso dos idosos brasileiros ao oportuno e integral atendimento em saúde bucal, provido pelo Estado, frustra-se na cobertura insuficiente, e aquém das respectivas condições epidemiológicas. Os serviços públicos mostram-se despreparados para suprir esta demanda, juridicamente assegurada, mas não traduzida em acessibilidade e resolutividade (MELLO *et al.* 2008).

A população idosa apresenta grande diversidade, entre si e em relação aos demais grupos etários, sendo necessário, para sua compreensão, empregar diversos enfoques, que não se restringem a uma área do conhecimento, o que requer integração dos profissionais de diversas áreas no estudo do envelhecimento (RICCI *et al.* ,2006). É consenso que nenhum profissional da área da saúde é capaz de atender isoladamente às diferentes necessidades de um idoso (COTT, 1998).

Entender a integração interdisciplinar implica um processo reflexivo, consciente, que envolve relação entre os profissionais e destes com os idosos e seus familiares, como um ideal nunca finalizado na íntegra, mas com reais possibilidades (CAMACHO, 2002).

O mundo e o Brasil estão envelhecendo. O aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais de idade está crescendo mais rapidamente do que em qualquer outro grupo etário. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e a OMS (Organização Mundial de Saúde) afirmam que a população com mais de 60 anos em 1960 representava 4,8% da população, em 2025 representará 15% da população brasileira, aumento de 16 vezes (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002). Esses resultados se devem à melhoria da qualidade de vida, representada pela queda dos indicadores de mortalidade, aumento do acesso e cobertura de serviços de saúde, diminuição da taxa de fertilidade entre as mulheres (no Brasil, de 6,2 filhos em 1960 para 2,3 em 2000), diminuição da mortalidade infantil (devido às vacinações e programas de saúde pública), e ao aumento da expectativa de vida (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002; ERICKSON, 1997; MONTEIRO, 1988).

De acordo com Chaimowicz (2009), o Brasil deverá passar da 16ª posição em 1960 para a sétima em 2025, no ranking mundial dos países com os mais altos números de idosos na população. Entre 2000 a 2020 a proporção de idosos passará de 5 para 10%. Em 2050, 38 milhões de brasileiros, ou 18% da população, terão mais de 65 anos. A expectativa de vida dos homens chegará aos 70 anos e a das mulheres 76 anos. Entre 2011 a 2036, o Brasil passará do estágio “jovem” (até 7% de idosos) para o “envelhecido” (mais de 14% de idosos). A mortalidade dos idosos jovens (de 60 a 74 anos) vem caindo progressivamente. Em 1975, os idosos com 80 anos ou mais representavam 12% de todos os idosos. Em 2030 representarão 21% dos idosos, ou 2,7% dos brasileiros. Naquele ano o Brasil contará com 5,5 milhões de octogenários.

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso, tanto que a expectativa de vida do brasileiro continuará aumentando nas próximas décadas. Essa mudança na feição epidemiológica acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que configura um desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de modelos e métodos para o enfrentamento do problema (SAINTRAIN & VIEIRA, 2008).

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas (BRASIL, 1999). Por isso, há a necessidade de se proporcionar maior qualidade de vida ao segmento idoso da população, enfocando os aspectos físico, social e psicológico.

Dentro dessa realidade, o estado de saúde bucal dos idosos tem adquirido maior importância nas últimas décadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, visto que essa faixa da população cresce lentamente, porém continuamente (UNLUER *et al.* 2007). O cirurgião-dentista deve estar atento a esse fato e ampliar seus conhecimentos na área da odontogeriatria para proporcionar um

tratamento correto, eficaz e com o máximo de conforto ao paciente idoso, visto que o atendimento a esses indivíduos requer mais atenção no momento de se estabelecer o diagnóstico, bem como na execução do tratamento. Deve-se ter em mente que os idosos geralmente apresentam uma grande variação no que se refere às condições sistêmicas, psicológicas e sociais, além de serem portadores de várias alterações decorrentes do processo natural de envelhecimento (ROSA *et al.* 2008).

O sistema estomatognático é um sistema funcional complexo, o que significa que, anatômica e fisiologicamente, seus componentes interagem de forma simultânea, integrada e interdependente (CAMARGO & SOUSA, 2006).

Um dos grandes desafios para a atenção ao idoso advém do fato de que quanto mais envelhecem, mais diferentes se tornam as pessoas. O agrupamento de indivíduos com histórias biológica, psíquica e social distintas em uma mesma faixa etária resulta em grande heterogeneidade de características e demandas. O atendimento, portanto, requer um olhar e um interagir com a compreensão da individualidade do idoso, o que inviabiliza e exclui qualquer abordagem de caráter universal (SHINKAI & CURY, 2000).

É necessário conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do paciente idoso, bem como os aspectos psicossociais de interesse para este indivíduo. O cirurgião-dentista também deve estar em contato direto com o médico, com o intuito de avaliar a administração das drogas, visto que o idoso faz uso de alguns medicamentos que apresentam efeitos colaterais, ou, mesmo, provocam alterações no nível de saúde geral. O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é o de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo (PUCCA Jr, 1996).

A troca de informações contínua permitirá que o cirurgião-dentista identifique outras áreas que podem estar levando a conseqüências na cavidade bucal e como os efeitos podem ser atenuados ou eliminados, visando ao conforto geral do paciente.

Uma abordagem multidisciplinar, com equipes compostas de cirurgião-dentista, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional pode contribuir para resolver problemas comuns como dor ou sangramento gengival, distúrbios de marcha, equilíbrio ou contraturas, dietas por sondas e gastrostomia, disfagia e aspiração de alimentos e reabilitação na doença de Parkinson, osteoartrose grave ou após o AVC (CHAIMOWICZ, 2009).

Uma boa saúde bucal é de extrema importância para a manutenção da saúde geral, contribuindo para o bem-estar físico, psíquico e social do paciente. Existe uma falta de percepção quanto à necessidade de tratamento odontológico, tanto por parte do paciente idoso como pelos seus familiares, pessoal de apoio, cuidadores e demais profissionais consultados por ele. Os idosos devem ser conscientizados de que existe uma necessidade contínua de cuidados bucais, mesmo que apresentem pouco ou nenhum dente remanescente.

É muito importante que a família do idoso esteja atenta a qualquer mudança de hábito ou de comportamento, como alterações na fala, expressão de dor, falta de apetite, pois o paciente pode não perceber a alteração ou mesmo não dar importância a sua presença (GORZONI, 1993). Uma vez procurado pelo paciente da terceira idade, o cirurgião-dentista não deve vê-lo como um ser frágil, debilitado e/ou aparentemente cansado, mas como um ser complexo, com as condições físicas apresentando os efeitos e transformações que acompanham o envelhecimento.

Psicologicamente, o indivíduo apresenta-se mais abalado pelo acúmulo de experiências adquiridas ao longo dos anos e, socialmente, depende da interação de dois fatores: o bem-estar físico e o bem-estar psicológico. Uma boa comunicação com o paciente é essencial para que se extraiam dele todas as informações desejadas, proporcionando-lhe confiança e aumentando a sua satisfação em relação ao atendimento. As condições de saúde geral do idoso devem ser averiguadas detalhadamente para que nenhuma das doenças e alterações citadas interfira no tratamento. Deve-se sempre observar a necessidade de encaminhamento ao médico para que ateste as condições de saúde do paciente e confirme se ele está apto ou não para a realização do tratamento. Um programa de prevenção pode e deve ser

sugerido ao paciente idoso para que problemas futuros sejam evitados ou, no mínimo, atenuados, diminuindo a necessidade de intervenções que possam abalar ainda mais a sua saúde (ROSA *et al.* 2008).

O trabalho interdisciplinar e seu impacto sobre a vida dos idosos decorrem da necessidade de conhecer melhor os aspectos sociais e emocionais de saúde do indivíduo, o que permite aos profissionais da área de saúde estarem mais conscientes das necessidades da população. A gravidade do quadro epidemiológico detectado indica que algo precisa ser feito, e desenvolver ações dirigidas a este grupo não significa deixar de dar atenção prioritária a outros, mas distribuir de maneira equilibrada os recursos, de acordo com a atual situação demográfica e epidemiológica (SAINTRAIN & VIEIRA, 2008).

Em vista das dificuldades na implantação da interdisciplinaridade e da relevância do trabalho nesse nível para o bom atendimento à clientela idosa, considera-se importante identificar e analisar a produção científica relevante a esse tema. Este presente estudo será de grande importância para enfatizar a necessidade de aprofundar os conhecimentos na abordagem acerca do “novo” idoso que integra e compõe a sociedade atual. Ele possui não apenas os aspectos fisiológicos diferenciados, mas também os aspectos psicossociais e algumas particularidades que devem ser levadas em conta durante o atendimento odontológico. Um paciente integrado a práticas preventivas tem melhores condições de perceber e acompanhar o seu processo de envelhecimento, que deve se dar, idealmente, sem a perda dos dentes, e em boas condições saúde bucal.

Este estudo servirá para conscientizar e sensibilizar as ESF (Equipes de Saúde da Família) e a classe odontológica da importância de um atendimento integral ao idoso e trará embasamento científico, a fim de auxiliar em segundo momento, um planejamento de ações voltado ao atendimento odontológico ao idoso com vistas à uma abordagem interdisciplinar. Protocolos específicos poderão ser desenvolvidos no sentido de melhorar o atendimento e a seqüência do tratamento a esses pacientes, visando assim, a um resultado favorável.

2 OBJETIVO

Objetivo geral

Discutir a atuação da odontologia na atenção integral do idoso, considerando-se a necessidade da abordagem interdisciplinar.

Objetivos Específicos

- Abordar as principais mudanças sistêmicas e psicológicas que ocorrem na terceira idade, bem como os aspectos que devem ser levados em consideração frente a um tratamento odontológico.
- Conhecer a realidade da saúde bucal do idoso e alguns de seus fatores determinantes.
- Apresentar a atual situação da odontologia geriátrica e os problemas que ocorrem no Brasil.
- Destacar as interações entre as diversas profissões de saúde e a odontologia, para a promoção de saúde, prevenção específica e reabilitação de pacientes idosos, com ênfase na importância da comunicação e troca de informações.

3 METODOLOGIA

Este estudo teve como metodologia a busca ativa de informações nas bases de dados PubMed, Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde, Biblioteca Virtual ScIELO., com finalidade de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação para a realidade que se pretende apreender. Constitui de uma revisão bibliográfica narrativa.

Optou-se por selecionar apenas produções na forma de artigos publicados em periódicos no período de 1995 a 2010. Foram utilizadas para a busca as seguintes palavras-chaves: Saúde bucal, Interdisciplinaridade, Odontologia Geriátrica, Saúde do Idoso, Envelhecimento, Odontogeriatría, Atendimento Odontológico do Idoso, sendo pesquisados artigos que abordam a relação entre elas, tendo em vista a prática interdisciplinar na odontogeriatría, sendo desconsiderados aqueles que apesar de aparecerem no resultado da busca, não responderam aos objetivos do trabalho.

Os cadernos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família também foram consultados para este fim, além do o SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004) e o SB Brasil 2010 (RONCALLI, 2010).

Foram realizadas buscas e encontrados 248 artigos. Desses, 145 foram excluídos, pelo resumo. Dos 103 restantes, 65 apesar de citarem as palavras-chaves, foram excluídos por não corresponderem a relação buscada. Restaram então 38 artigos revisados na íntegra.

Foi observado que são poucos os artigos (n=7), que são estudos voltados diretamente para o tema integralização com outros profissionais no cuidado da saúde bucal do idoso. A grande maioria dos artigos (n=31) fala diretamente da importância da abordagem multidisciplinar, mas de forma descritiva, de revisão teórica.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A projeção de que o Brasil em 2025 será o sexto país no ranking de população idosa mundial é razão suficiente para melhorar a saúde bucal e cuidar da saúde como um todo. Doenças bucais podem ser extremamente dolorosas e podem afetar a mastigação, a alimentação, a comunicação e a interação social, gerando impacto negativo na qualidade de vida do idoso. Quanto à prevenção em odontogeriatrics, mesmo que o indivíduo fique sem os dentes e passe a usuário de prótese total, sua saúde bucal deve ser acompanhada. A falta de percepção, por parte dos indivíduos, de sua condição bucal e de orientação sobre prevenção faz com que se encontre uma grande proporção de indivíduos idosos usuários de prótese total com lesões relacionadas à higiene bucal e iatrogenia (CAMARGO & SOUSA, 2006).

Rocha (2001) relata que o envelhecimento pode ser definido como um processo gradual que causa alterações no funcionamento do organismo. O sistema fisiológico, bem como o psicológico, pode produzir alterações tornando a pessoa cada vez mais vulnerável às doenças.

Durante o processo de envelhecimento do ser humano constata-se grandes alterações fisiológicas e metabólicas em órgãos, aparelhos e tecidos, ocorrendo com isso processos clínicos muitas vezes irreversíveis, mudanças essas que poderiam ser minimizadas preventivamente. Essas alterações levam o idoso a mudanças não só no aspecto psicológico como de hábitos e atitudes. Nas últimas décadas, o rápido crescimento ocorrido em nível da faixa etária, que se convencionou chamar de “terceira idade”, e o prognóstico dado pela ciência, em especial no campo da geriatria, vêm exigindo dos profissionais da saúde maior capacitação para o atendimento ao idoso.

Cunha *et al.* (2003) relata o envelhecimento e o atendimento ao idoso como:

... uma etapa natural do desenvolvimento, é inexorável, gradativo, lento e multidimensional, ocorrendo de acordo com as realidades biopsicossociais particulares. Um dos desafios que se propõe ao

indivíduo e às sociedades é conseguir a longevidade cada vez maior, com qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos sejam plenos de significado e dignidade. Para tanto, é necessário saber que a compreensão da totalidade do ser humano é primordial à prática profissional, permitindo encontrar meios necessários para o seu bem estar físico e emocional, o que se dá por meio de ações conjuntas e integradas entre os vários profissionais. Pensando em reabilitação gerontológica, a proposta é que ela seja reflexo da ação integrada e multidimensional de uma equipe multiprofissional ou pelo menos da ação de profissionais com uma visão abrangente do envelhecimento normal e do patológico.(p.101)

O envelhecimento tem sido definido das mais diferentes formas. Alguns o visualizam como um processo biológico; outros, mais como um processo patológico, ou como um processo socioeconômico ou psicossocial. Um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso saudável é a manutenção por toda sua vida de sua dentição natural e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e biológicos, tais como estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar (CORMACK, 2002).

A perda total dos dentes (edentulismo) é aceita como um fenômeno natural do envelhecimento. No entanto, sabe-se hoje que esse fato é o reflexo da falta de prevenção, de informação e conseqüentemente de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (COLUSSI & FREITAS, 2002).

Em estudo realizado por Cormack (2002), buscou-se uma interação das questões relativas à odontologia ao contexto dos estudos geriátricos e gerontológicos, onde o processo do envelhecimento se relacione com a manutenção da saúde bucal. Através de uma revisão da literatura foram apresentados alguns dados relativos ao crescimento da população idosa e a mudança do perfil epidemiológico do "novo idoso" que surge, com diferentes necessidades orais em relação à geração anterior, tais como a diminuição do edentulismo, o aumento das cáries das superfícies radiculares e o incremento da doença periodontal. Concluiu-se que com o aumento da população idosa, teremos nos próximos anos uma demanda por uma maior e mais diversificada atenção odontológica para esse grupo em particular. A profissão odontológica - incluindo associações de classe, o meio

universitário e os diversos prestadores de serviço - devem estar cientes e alertas para essa questão, de forma a ampliar o estudo e a pesquisa nessa área.

Brunetti e Montenegro (2002), aprimorando os estudos do envelhecimento, diante de uma revisão de literatura constataram um aumento significativo no número de pacientes de terceira idade. Observaram existir um número de profissionais insuficientes e com pouco preparo para o atendimento destes indivíduos em nosso país, realçando a necessidade de profundos estudos e adequação técnica para atuarem nesta população. Concluíram que a Odontologia irá dedicar-se cada vez mais ao atendimento de idosos, que devido às suas maiores perspectivas de vida, passa a ser um promissor mercado de trabalho para classe odontológica, mas que exige uma grande motivação no estudo das particularidades desta faixa etária.

A cavidade bucal reflete muitas vezes essas alterações e a manutenção da saúde é o primeiro passo para uma adaptação mais tranqüila à terceira idade. Na composição corporal ocorre uma diminuição na quantidade de água no organismo, aumentando a quantidade de gordura, o que tem como conseqüência uma musculatura mais frágil e atrofiada (músculos da mastigação). A pele torna-se mais seca, com manchas e mais fina, sendo mais suscetível a traumas e à exposição solar; a visão e audição diminuem, bem como o número de dentes e o paladar, o que pode acarretar prejuízos à saúde pela maior ingestão de sal e açúcar; os ossos tornam-se mais frágeis; a postura é prejudicada pela diminuição na altura das vértebras, o que torna mais difícil o equilíbrio; a capacidade respiratória diminui em razão da elasticidade da caixa torácica; o aparelho digestivo é prejudicado muitas vezes pela falta de dentes, bem como há a perda da capacidade de metabolização de determinados órgãos; o sistema nervoso central é afetado pela diminuição do fluxo sanguíneo, ocasionando perda de reflexos e lentidão de memória. Portanto, deve-se ficar atento para o fato de que mesmo algumas alterações consideradas normais podem acarretar sérios prejuízos para a saúde geral do indivíduo (ROCHA, 2001). Além das alterações fisiológicas observadas nesses pacientes, os idosos constituem o maior grupo de consumidores de medicamentos *per capita* em todo o mundo. Os medicamentos mais consumidos pelos pacientes geriátricos são os cardiovasculares, analgésicos, sedativos e tranqüilizantes, drogas que em sua maior

parte estão associadas a efeitos de inibição do fluxo salivar, aumentando a suscetibilidade à cárie.

Segundo Cormack (2002), com o envelhecimento, a cavidade bucal sofre inúmeras alterações. Entre outras, podem-se citar a atresia dos canais radiculares, em razão da contínua deposição de dentina nas paredes internas da câmara pulpar durante toda a vida de um dente normal; retração dos tecidos periodontais por redução da celularidade; a mucosa oral, visto que a densidade celular é mais elevada na mucosa de pacientes idosos, sugerindo uma desidratação tecidual progressiva por perda de água intracelular. A língua sofre alterações em suas estruturas básicas e em sua superfície, como a freqüente perda das papilas filiformes e circunvaladas; podem ocorrer ainda fissuração e varicosidades na superfície ventral, alterações que podem provocar uma diminuição no sentido do paladar, com uma conseqüente perda do apetite e problemas nutricionais; nas glândulas salivares há evidências da redução do volume e concentração de alguns constituintes salivares com a idade.

Segundo Mello *et al.* (2008), Macedo *et al.* (2009), Montenegro *et al.* (2011) e Miranda *et al.* (2011), as alterações bucais mais comuns nos idosos são higiene oral deficiente, aumento de doença periodontal e do número de dentes cariados, resultando em estado precário da dentição remanescente e alta demanda por tratamentos restauradores e protéticos relativamente extensos, sintomas xerostômicos diversos e dificuldades para deglutir, colocar as próteses e executar sua correta higiene. Em idosos institucionalizados no Brasil, o quadro é semelhante, embora a incidência de alterações bucais seja ainda maior (MELLO *et al.*, 2009)

A doença periodontal aumenta com o decorrer da idade, e tem sido vista como a principal causa do edentulismo, que resulta num grande número de indivíduos necessitando de próteses (CORMACK, 2002).

Moreira *et al.* (2005), objetivaram realizar uma revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004, por meio de busca em bases de dados, sobre os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros e conhecer os principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Os valores médios do índice

CPO-D encontrados nos artigos pesquisados foram de 25 a 31. Verificou-se grande porcentagem de indivíduos edêntulos. As principais barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassez de serviços públicos de atenção à saúde bucal. Diante desses fatores, a saúde bucal do idoso brasileiro encontra-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo, refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitando a extrações em série e serviços de urgência, baseados no modelo curativista.

Colussi e Freitas (2002), fizeram uma revisão crítica dos estudos epidemiológicos apresentados nas publicações nacionais com relação à saúde bucal do idoso. Pesquisaram todos os artigos indexados nas bases de dados BBO, LILACS e MEDLINE, a partir de 1988, data da publicação do Levantamento Epidemiológico Nacional. Foram encontrados 29 artigos, dos quais sete estudos foram analisados quanto à metodologia utilizada (faixa etária, tipo de amostra, forma de apresentação dos dados) e quanto aos resultados apresentados (índice CPOD, participação de dentes extraídos, percentual de edêntulos e, uso e necessidade de prótese). O CPOD encontrado variou de 26,8 a 31,0, sendo que o componente extraído representou cerca de 84% desse índice. A prevalência do edentulismo ficou em 68%. Somente 3,9%, um pequeno percentual dos idosos não necessita nem usa qualquer tipo de prótese, e o uso da prótese total é mais freqüente no arco superior do que no inferior. A falta de padronização na organização e apresentação dos dados, assim como a sua escassez, prejudicou a análise, sugerindo que deva haver uma maior preocupação por parte dos pesquisadores quanto à realização de novas pesquisas, e principalmente, quanto à maneira como estas serão conduzidas. Apesar disso, confirmaram-se as condições muito precárias de saúde bucal do Brasil.

Até 1986, o Brasil não havia realizado, em escala nacional, nenhum estudo para conhecer a situação de saúde bucal da população. Naquele ano, o Ministério da Saúde realizou o "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986". A pesquisa foi realizada em 16 capitais brasileiras consideradas representativas das 5 macrorregiões classicamente adotadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste

.Naquele ano foi observado na população de até 59 anos, o índice CPOD de 30,92 , em que o componente dente perdido foi de 27,79 (BRASIL, 1986).

Em 2002 foi realizado o Projeto SB 2000, do Ministério da Saúde, cujos exames, em sua maioria, foram realizados nos domicílios. Participaram deste projeto 250 município de todo o território nacional e o trabalho foi finalizado em 2003, quando então recebeu a denominação de “Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira”. Muitos adultos e idosos apresentam os resultados do avanço inexorável das patologias que são conseqüências diretas de anos de equívoco de nossa profissão e de fatores socioeconômicos cada vez mais excludentes. Foi revelado índice CPOD de 27,79 nos idosos, com o componente dente perdido de 25,83 (BRASIL, 2004) .

Quanto ao edentulismo, os dados do levantamento nacional de 1986 revelam um quadro desalentador. Naquele ano, 40% dos adultos e 72% dos idosos estavam edêntulos. Os valores obtidos 17 anos depois, o percentual de edentulismo foi de aproximadamente 8% dos adultos e 53% dos idosos (BRASIL, 2004).

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde anunciou os primeiros resultados do Projeto SB Brasil 2010. A situação da condição bucal dos idosos não houve melhora. Apesar das necessidades de próteses terem diminuídos em adultos, o déficit em idosos ainda é significativo (RONCALLI, 2011).

No Brasil, a Odontologia tem dado seus primeiros passos em direção à velhice e começa a haver interesse em se quantificar a condição de saúde bucal dos idosos. Os levantamentos epidemiológicos, que, até pouco tempo, não contemplavam os indivíduos com mais de sessenta anos, começaram a incluí-los. Entretanto, esses inquéritos foram realizados em idosos na faixa etária preconizada pela OMS, que inclui indivíduos com idade entre 65 e 74 anos. Embora a Odontologia acumule significativos avanços tecnológicos, o acesso a tratamento odontológico pelo idoso pouco se diferencia do passado. Isto se deve às políticas de saúde e aos escassos recursos econômicos da população. Estudos brasileiros relatam como principais alterações bucais encontradas em indivíduos idosos a cárie dentária, as doenças

periodontais, as abrasões, a presença de lesões, o câncer bucal e a perda de grande número de dentes ou o edentulismo (BRASIL, 2000).

Conforme dados do IBGE, o último censo demográfico demonstrou um aumento da população idosa em virtude do aumento da expectativa de vida. O atendimento ao idoso requer uma maior e mais diversificada atenção da classe odontológica a esse grupo (SAINTRAIN & SOUZA, 2005). Com a implantação do SUS, as ações aos diversos grupos populacionais (etários, étnicos etc.) têm se expandido, principalmente em razão dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Essa ampliação da atenção requer uma maior aproximação dos profissionais da saúde com os grupos populacionais excluídos dos cuidados em saúde, em especial os institucionalizados. Com o aumento da expectativa de vida, não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento, cresce o número de idosos sem a cobertura das ações em saúde e saúde bucal (SILVEIRA NETO *et al*, 2007).

Nas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) considerando a complexidade dos problemas que demandam a rede de atenção básica e a necessidade da busca continuada de ampliação da oferta e qualidade dos serviços prestados, são recomendadas a organização e o desenvolvimento de ações que ampliem o acesso aos serviços para melhoria das condições de vida da população. Essas diretrizes sugerem como estratégia de ampliação do acesso do grupo de idosos à assistência a aplicação de tecnologias inovadoras (tratamento restaurador atraumático e terapia periodontal de menor complexidade), possibilitando, dessa forma, abordagens de maior impacto e cobertura.

A geriatria, bem como a odontogeriatrics, busca cada vez mais aumentar o tempo de vida do homem, mantendo-o preservado com relativa saúde, mas com alegria de viver, entendendo que a fase final da vida deve ser encarada como uma etapa que também tem seus encantos e que permite uma existência feliz e recompensadora (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2000).

Werner *et al.* (1998) definiram a odontologia geriátrica como o ramo da odontologia que enfatiza o cuidado bucal da população idosa, especificamente

tratando do atendimento preventivo e curativo de pacientes com doenças ou condições de caráter sistêmico e crônico associadas a problemas fisiológicos, físicos ou patológicos.

A cavidade bucal, sendo de primordial importância fisiológica e metabólica, passa a sofrer com a chegada da idade. As perdas são notórias, como falta de dentes, doença periodontal e problemas na ATM (articulação temporomandibular). Tudo isso pode ser minimizado e controlado com políticas públicas de saúde, adequando a sociedade envolvida a sua realidade. A valorização da anamnese nas consultas com médicos clínicos e o encaminhamento do paciente idoso necessitado ao atendimento odontogeriatrico revelam que a associação multidisciplinar de profissionais da área da saúde pode obter resultados extremamente satisfatórios quanto à prevenção e cura de doenças do idoso (MESAS *et al.*,2008).

Brunetti e Montenegro (2002), afirmam que na realidade odontológica de formação acadêmica e de pós-graduação brasileira, pouco se transmite a respeito do atendimento odontológico a pacientes especiais, geriátricos e suas peculiaridades, ou seja, as atividades preventivas e curativas para os pacientes incapacitados fisicamente e/ou mentalmente de irem ao consultório odontológico são freqüentemente negligenciadas, colocando estes pacientes à mercê de colegas que podem até serem bem intencionados,mas que não possuem um conhecimento específico a esta população

Ceccim e Feuerwerker (2004) em estudo indicam que a possibilidade de atenção integral implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e usuário.

Araújo *et al.* (2006), em uma revisão de literatura dissertaram sobre crescente envelhecimento da população mundial, inclusive no Brasil, ressaltando a importância de medidas para se lidar com esta situação. No Brasil, a maioria dos idosos é do

sexo feminino; vive em domicílios multigeracionais; é referência econômica nos mesmos; possui baixo nível socioeconômico; portadora de, pelo menos, uma doença crônica; independente para realização das atividades da vida diária; não possui dentes, e busca atenção em saúde no SUS. Os idosos brasileiros expostos a situações de vulnerabilidade social estão sujeitos à interferência direta dos determinantes sociais no processo saúde-doença. O Suporte Social inclui políticas e redes de apoio social, que atuam como agente de integração do idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social e, conseqüentemente, de danos à sua saúde por meio de medidas de Promoção de Saúde.

Um dos grandes desafios para a atenção ao idoso advém do fato de que quanto mais envelhecem, mais diferentes tornam-se as pessoas (heterogeneidade biopsicossocial). Além disso, outro fator complicador para a assistência à terceira idade é a situação de complexidade clínica freqüentemente encontrada com o envelhecimento (SHINKAI & CURY, 2000). Considerando-se a diversidade e a complexidade do idoso, a atuação de uma equipe interdisciplinar torna-se fundamental, na medida em que participa, analisa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de promover e manter a saúde dos idosos (JACOB FILHO & SITTA, 1996).

Nesse contexto de atenção interdisciplinar ao idoso, a participação do cirurgião-dentista ainda não é efetiva. A literatura sobre a odontologia na prática interdisciplinar na terceira idade é quase inexistente, havendo poucas menções de dentistas em equipes de assistência ao idoso (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002). A dificuldade de vivência interdisciplinar tem raízes na desinformação sobre quando, em que, como e por que a odontologia pode ajudar numa equipe. Segundo Shinkai e Cury (2000), o sentido inverso, ou seja, o não-conhecimento da ação das outras áreas profissionais pelo cirurgião-dentista também é verdadeiro.

Essa postura individualista assumida por profissionais das diferentes áreas de atuação da saúde contraria diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993), que enfatiza a indissociabilidade da saúde bucal e da saúde geral dentro de uma visão holística do indivíduo. Esse conceito é corroborado por Marchini (2002),

que afirma que alterações bucais têm conseqüências em todos os órgãos do corpo, especialmente pelo fato de a boca ser a porta de entrada de alimentos e líquidos. Qualquer alteração por ela sofrida pode comprometer o funcionamento de um órgão, que, por sua interdependência, ajuda a influenciar outros. Uma deficiência na função mastigatória devido a perda dos dentes e instalação de próteses mal adaptadas pode comprometer a integralidade da saúde de um idoso, com diminuição da resistência em seu sistema imunológico, fazendo com que ele fique dependente de medicamentos para suprir deficiências vitamínicas.

Erickson (1997) salienta, após pesquisa realizada nos EUA, que o corpo de enfermagem geralmente desconhece medidas preventivas em Odontologia, mas que gostaria de conhecê-las e que nem sempre há um cirurgião-dentista ou higienista bucal disponível nos ambientes hospitalar e/ou ambulatorial.

Buscando estabelecer um perfil da percepção e realização dos cuidados bucais pelo corpo de enfermagem, Rezende (2005) realizou um estudo com 209 profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) com atuação em instituições hospitalares geriátricas na cidade de Uberlândia-MG. Através de entrevistas, constatou que apenas 18% dos profissionais de enfermagem atuavam em equipes multidisciplinares contendo cirurgiões-dentistas como membros efetivos, embora 93,24% dos entrevistados considerassem necessária a presença desse profissional na equipe. 99% acreditam que uma infecção na boca pode prejudicar a saúde do resto do corpo e que a higiene bucal é importante durante a estada no hospital. Apesar disso, mais de 2/3 consideraram os treinamentos insuficientes e todos gostariam de conhecer mais sobre saúde bucal e aplicar esses conhecimentos nos pacientes.

Creutzberg *et al.* (2004), em estudo procuraram identificar a existência e a forma como é abordado o conteúdo sobre a saúde bucal no cuidado gerontológico em livros de enfermagem. A referência ao odontólogo é rara, inferindo que também a ele é relegada apenas uma parte da saúde bucal. A interação entre a odontologia e a enfermagem é inexistente. A saúde bucal, na maior parte da literatura revisada, foi vista isoladamente, refletindo a fragmentação do ser humano ainda prevalente no âmbito das ciências da saúde.

Coleman (2005), descreve a necessidade de maior atenção à saúde bucal voltado ao idoso na prática e na educação de enfermagem, e da colaboração inter-profissional entre os profissionais de enfermagem e odontólogos. Interação essa que irá promover padrões mais elevados para o cuidado bucal e a qualidade de vida da população idosa.

Senna *et al.* (2003), através da aplicação de questionários a 34 médicos da cidade de Niterói, RJ, procuraram identificar os conhecimentos da classe médica sobre as inter-relações entre saúde geral e bucal. 76% dos indivíduos estudados compreendem saúde como boas condições físicas e mentais. Ao serem perguntados sobre o que é uma boca saudável, 35,3% afirmaram ser aquela com boa higiene e 38,2%, com ausência de doenças. Todos os entrevistados consideram a saúde bucal como um fator preocupante e 94,1% acreditam na existência de relação entre saúde bucal e saúde geral. Os autores concluem que, embora tenha havido uma grande variedade de imagens, a maioria delas teve caráter reducionista, desvinculado das reais necessidades de promoção de saúde da população brasileira. Além disso, consideram que as percepções dos médicos sobre saúde geral e bucal sinalizam para a necessidade de uma maior interação entre profissionais da área médica e odontológica, a fim de se buscar uma interface entre essas profissões no dimensionamento da saúde e de sua promoção.

No estudo de Aguiar e Montenegro (2007), propuseram uma abordagem do nível de conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica sobre saúde bucal, além de buscar elucidar o papel da odontologia em equipes de assistência à terceira idade e a importância da interdisciplinaridade, através de entrevistas a médicos com atuação geriátrica no estado de São Paulo. Quanto à interação com o cirurgião-dentista do paciente, 59,46% dos médicos relataram ser comum; sobre a existência de um profissional da Odontologia com quem costumassem trabalhar ou indicar quando solicitados, 59,46% revelaram que há. 61,26% da amostra afirmaram que já ter atendido pacientes encaminhados por cirurgiões-dentistas. Os dados expostos revelam que a interação entre médicos e cirurgiões-dentistas é existente, entretanto, com índices abaixo dos desejáveis para profissionais atuantes numa população tão heterogênea como a de terceira idade e com maior frequência de

complexidade clínica encontrada. Os dados encontrados e suas possíveis interpretações abrem caminho para diversas reflexões, seja quanto à valorização do intercâmbio freqüente entre os profissionais da área gerontológica, maiores esforços da inclusão da classe odontológica nas equipes de saúde e maior necessidade de conhecimento sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica para toda a equipe de saúde, a partir do entendimento do corpo humano como um conjunto.

Camargo e Sousa (2006) relatam em estudo que no Brasil há grande número de idosos usuários de próteses dentárias com dificuldades encontradas no processo de adaptação às mesmas e a importância da avaliação fonoaudiológica na reabilitação bucal. Segundo os autores o fonoaudiólogo tem um papel importante junto ao cirurgião-dentista, com a proposta de buscar o equilíbrio das estruturas e funções orofaciais dos indivíduos, visando um processo de adaptação do idoso à prótese dentária com mais rapidez e qualidade de vida. E segundo Marcheasan (1999), o fonoaudiólogo é um profissional da área da saúde, conhecedor das funções e da musculatura orofacial, capaz de realizar um trabalho junto do odontólogo, visando o bem-estar físico e emocional dos pacientes.

Buscando também elucidar a importância do fonoaudiólogo no processo de reabilitação oral do contingente idoso edêntulos, Cunha *et al.* (2003), concluíram que é favorável a atuação conjunta da fonoaudiologia com a odontologia, pois quando isso ocorre, resultados mais satisfatórios são obtidos, gerando mais conforto e funcionalidade das próteses, além de melhoria na mastigação, fala e estética.

Macedo *et al.* (2009), desenvolveu um protocolo de atendimento para o paciente idoso no programa saúde da família, propondo uma reorientação da prática dos procedimentos odontológicos. De acordo com as considerações apresentadas neste estudo, pode-se assinalar que os pacientes com idade superior a 60 anos, em sua maioria, são indivíduos que requerem uma abordagem odontológica mais complexa. Para tanto, os cirurgiões-dentistas assim como os outros profissionais devem estar capacitados a realizar atendimento especial ou diferenciado, anamnese complexa, exame clínico altamente cuidadoso, estudo minucioso de exames complementares e saber se relacionar, sempre que necessário, com profissionais de

outras áreas, de forma multi e interdisciplinar para um atendimento seguro. Portanto, a implementação de um protocolo sistemático para o atendimento odontológico ao idoso é uma medida viável que auxilia na reorientação da equipe na atenção básica, visando não só à saúde bucal do idoso como também a sua saúde integral.

Neste contexto, Cormack (2002) ressalta que, ao propor um plano de tratamento para os idosos, se deve ter uma compreensão multidisciplinar da situação em que se encontra o paciente, pois só assim é possível direcionar o tratamento odontológico no sentido de melhorar, ou, pelo menos, manter a condição de saúde bucal do paciente, sem causar danos à saúde sistêmica.

Marchini (2002) e Hilgert *et al.* (2003) enfatizam que, na elaboração de um plano de tratamento dentário para o paciente idoso, se torna extremamente importante a visão multiprofissional, em decorrência da condição sistêmica, como a presença de doenças crônicas, uso de múltiplos medicamentos, destreza, hábitos parafuncionais, tabagismo, capacidade mental e motora, de modo a buscar uma solução para os problemas bucais que compreenda também as expectativas e limitações do paciente.

Atualmente, no campo de atuação da atenção bucal do idoso, dentro das ESF, surge a odontologia domiciliar como uma inovação profissional. O atendimento em casa e adequado a este contexto do paciente, são as vertentes dessa nova prática odontológica que tem como objetivo maior a realização de procedimentos clínicos odontológicos em pacientes que os necessitem no sentido de contribuir para a sua qualidade de vida. O atendimento odontológico domiciliar se insere nesse contexto de participar de todas as etapas inerentes ao bem-estar do paciente. Conforme Shinkai e Cury (2000), o cirurgião-dentista deve fazer parte de um planejamento minucioso com os demais profissionais da saúde, seja compartilhando informações, seja como integrante de uma equipe clínica multidisciplinar.

Spielman *et al.* (2005) afirma que o cirurgião-dentista nesse tipo de atendimento deve ter o conhecimento geral do paciente, ou seja, saber dos seus problemas sob os aspectos biológico, clínico, histórico, psicológico, econômico e social, preocupando-se em integrar o atendimento odontológico ao contexto social e

familiar, com vistas a desenvolver uma odontologia mais humanizada e menos mecanicista. Por isso a obrigatoriedade da realização, por parte do cirurgião-dentista, de uma detalhada anamnese a respeito da vida passada, presente e possibilidades no futuro de problemas em relação à saúde geral e bucal desses pacientes. Compilando dados pessoais, médicos, medicações ingeridas, avaliação clínica e familiar (e cuidadores, se existirem) como meios de facilitar o seu planejamento e execução do atendimento odontológico.

Griffiths *et al*(2000) e Kocaelli *et al*(2002) enfatizam que a importância do aprendizado das demais áreas envolvidas no tratamento da saúde do paciente é de vital responsabilidade do cirurgião-dentista para possíveis interações profissionais com médicos (geriatras; psiquiatras; clínicos gerais), psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, cuidadores e, principalmente, a família.

Saber das principais patologias envolvidas nesses pacientes, suas características, bem como dos fármacos e suas implicações na saúde bucal determina a necessidade do profissional da odontologia estar sempre se atualizando e pesquisando sobre saúde geral dos idosos, principalmente, bem como proporciona ao cirurgião-dentista estar sempre convivendo com outros profissionais de saúde, seja na discussão dos casos, seja no planejamento adequado e condizente com a melhor maneira de se proporcionar o bem estar para essas pessoas orienta Ettinger (2000). Tais procedimentos proporcionam ao cirurgião-dentista a credibilidade do seu trabalho perante os familiares e profissionais da área da saúde envolvidos e enriquece-se o vínculo multidisciplinar necessário neste grupo de pacientes.

De acordo com Varjão (2006), uma das maiores dificuldades de implantação das ações preventivas com o intuito de promoção da saúde bucal na população idosa dependente, é a falta de conhecimento específico dos cuidadores, que geralmente são familiares, outros idosos ou auxiliares de enfermagem normalmente desconhecedores dos princípios básicos de higienização bucal, controle de placa bacteriana e medidas preventivas para a manutenção da saúde bucal e de como estes atos podem influenciar na saúde bucal e geral de seus atendidos.

Surge a verdadeira importância de se ter cuidadores preparados para atuarem na prevenção e manutenção da saúde bucal e a capacidade do cirurgião-dentista em relacionar-se com outros profissionais das diversas áreas envolvidas no atendimento

domiciliar específico, devendo este nosso colega ser parte integrante e necessária ao planejamento da promoção da saúde para estes pacientes (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002).

Por outro lado, a partir da análise feita por Pereira e Montenegro (2002) e Hilgert *et al* (2003), se observa a falta de profissionais da odontologia capacitados para integrarem um sistema de saúde desse tipo de paciente, seja em domicílio e em ambiente hospitalar (tanto ambulatorial como em tratamento intensivo) com o intuito de se promover saúde a essa população, por isso surge a necessidade das faculdades de odontologia brasileiras e as entidades científicas da classe promoverem a imediata capacitação dos profissionais neste campo específico de atuação.

5 DISCUSSÃO

5.1 O envelhecimento e implicações odontológicas

O envelhecimento, apesar de ser um processo natural, submete o organismo a diversas alterações, como: redução do tecido muscular, aumento da gordura corpórea, diminuição do tecido ósseo, deficiências visuais e auditivas, menor proteção da mucosa gástrica, lentidão no trânsito intestinal, além de outras relacionadas aos sistemas endócrino, neurológico e imunológico (MESAS *et al.*, 2007).

A saúde do idoso sofre forte impacto da aposentadoria, pois leva o mesmo à maior exposição a doenças associadas à inatividade física, tendo como principais fatores a ociosidade, assim como a segregação, levando à deterioração gradual dos processos sensoriais e também induzindo o indivíduo a isolar-se e desenvolver enfermidades crônicas ou degenerativas, pelo próprio processo de envelhecimento (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Em relação ao sistema estomatognático, é importante conhecer as estruturas normais do envelhecimento na cavidade bucal e suas variações anatômicas para saber diferenciá-las das patologias que podem ocorrer na cavidade bucal. Para os idosos, os problemas odontológicos são bem comuns, podendo ser relatados os seguintes: atrição dentária; perda dos dentes; atrofia do osso alveolar e osso basal; alterações na mucosa bucal, língua, glândulas salivares, articulação têmporo-mandibular, flora microbiana e incidência de neoplasias malignas (RIBEIRO *et al.* 2009). Nos indivíduos em fase de envelhecimento ocorre atrição dentária de forma progressiva e lenta, devido ao aumento na dureza e friabilidade do órgão dental (ROSA, *et al.* 2008).

Muitos problemas odontológicos encontrados no idoso são, na realidade, complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida do indivíduo, devido à higiene bucal deficiente, tratamentos iatrogênicos, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e ao não-acesso aos serviços de

assistência odontológica (PUCCA Jr., 1996). Todavia, certas condições decorrentes do envelhecimento predis põem ao desenvolvimento de algumas morbidades no sistema estomatognático, como, por exemplo, o câncer bucal, que apresenta a variável idade como fator de risco (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Existe relação entre envelhecimento e a perda dos dentes, uma vez que os dentes das pessoas idosas estão expostos por um maior período a fatores que acarretam sua perda, como: cárie, doença periodontal, complicações endodônticas, trauma. Esses fatores estão também diretamente relacionados a uma dieta cariogênica, adicionada a um hospedeiro geralmente debilitado em função das doenças peculiares da terceira idade, além de uma higiene bucal precária (PEREIRA e MONTENEGRO 2002; FERREIRA & NÓBILO, 2004).

A atrofia senil e a reabsorção do osso alveolar e basal são processos fisiológicos comuns do envelhecimento. A atrofia acentuada apresenta como principal causa a perda dos dentes, pois há reabsorção do osso alveolar em resposta à pressão mastigatória exercida pelas bases das próteses totais (PUCCA Jr, 1996). A osteoporose também pode causar reabsorção patológica do osso alveolar e basal. Dessa maneira, o cirurgião-dentista deve estar atento ao atendimento de pacientes com essa alteração sistêmica, porque sinais precoces de osteoporose não são evidenciados em exames radiográficos, devido a sua baixa sensibilidade apenas detectando grandes quantidades de perda óssea (FERREIRA & NÓBILO, 2004).

Com o envelhecimento, a mucosa bucal pode se tornar atrófica e friável, com aspecto brilhante devido a alterações metabólicas, que incluem modificação no equilíbrio hídrico e perda da característica superficial da gengiva. Clinicamente, essas alterações resultam em menor resiliência dos tecidos e redução dos capilares superficiais, ocasionados pelo menor suprimento sangüíneo que retarda a micronutrição e prejudica a capacidade de regeneração tecidual. Sendo assim, a mucosa envelhecida é mais sensível às influências externas. Além disso, outras alterações, tais como: hiperkeratose, penfigóide benigno e queilite angular são freqüentemente encontradas na mucosa bucal dos idosos (PASCHOAL *et al.* 2005).

Os distúrbios de maior ocorrência na língua são: glossite atrófica e atrofia lingual causadas por deficiências vitamínicas do complexo B, glossopirose (ardência lingual), língua pilosa e língua fissurada. Pode ocorrer, também, a limitação nos movimentos da língua devido a distúrbios da velhice ou à presença de neoplasia no assoalho lingual. A atrofia dos botões gustativos ou a presença de saburra reduzem a sensação gustativa, principalmente, em relação aos alimentos doces e salgados. Sendo que a atrofia dos botões gustativos pode ser acelerada pela desidratação e deficiência de ferro e vitaminas do complexo B (ROSA *et al.* 2008).

Em pacientes idosos, a diminuição da vascularização leva à menor capacidade de reparação e proliferação tecidual, tendo, como consequência, mais predisposição à gengivite e a periodontite. Pode-se observar aumento da gengiva inserida e diminuição do seu pontilhado característico e histologicamente, hipoqueratinização e redução do número de células do tecido conjuntivo na gengiva (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002).

A xerostomia (sensação de boca seca) é uma queixa bastante comum, dos idosos, provocando distúrbios na fala, mastigação e deglutição, bem como dores bucais. Além da etiologia medicamentosa, a xerostomia pode ocorrer em virtude de desidratação, destruição das glândulas salivares por radioterapia e doenças sistêmicas. Seu tratamento geralmente é paliativo, acompanhado de medidas mais agressivas para a prevenção e o controle das complicações locais, como cáries, ulcerações e infecções nas mucosas (PUCCA Jr.1996). Uma complicação geral importante em idosos é resultado da alteração do paladar provocada pela xerostomia, que pode alterar a dieta e influir no estado nutricional do indivíduo.

5.2 A saúde bucal dos idosos brasileiros e fatores associados

No Brasil, atualmente os dados mais abrangentes de saúde bucal do idoso foram apresentados no Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal - SB BRASIL - concluído em 2003. A avaliação da cárie dentária por meio do índice

CPO-D (soma de dentes permanentes acometidos, perdidos ou restaurados por cárie) apresentou forte incremento com o avançar da idade. Na faixa etária dos 65 aos 74 anos a média do CPOD alcançou 27,79, sendo este composto, em grande parte, pelo componente perdido (92%). Somente 10% dos idosos possuíam 20 ou mais dentes. Esse quadro parece refletir uma organização dos serviços de atenção à saúde bucal do adulto e do idoso baseada em um modelo de intervenção com ênfase na eliminação de sintomatologia dolorosa.

As pesquisas epidemiológicas que abordam a saúde oral dos idosos ainda são poucas no Brasil, mas são suficientes para mostrar uma situação preocupante em que esses indivíduos apresentam grande quantidade de problemas bucais, como 65% de desdentados totais (ROSA *et al.*, 2008), 59% apresentam uma ou mais lesões na mucosa oral (COLUSSI & FREITAS, 2002), e 80% têm a necessidade de instalação ou substituição de suas próteses dentárias (SILVA & VALSECKI Jr., 2000). Esse quadro pode ser agravado em decorrência do nível de dependência que o idoso apresenta para a realização das atividades da vida diária (alimentação, higiene, entre outros), para se movimentar (dentro e fora da residência, uso de próteses) e para se comunicar (visão, audição e fala). Os cuidados com a higiene bucal e a prevenção de maiores complicações com a boca, como a perda de dentes e o câncer bucal, estão relacionadas à coordenação motora para a realização das técnicas corretas de higiene e à capacidade de autopercepção do indivíduo quanto às alterações presentes na cavidade oral (MESAS *et al.*, 2007). Tais dificuldades, somadas à má situação socioeconômica em que vive a maioria dos idosos, podem resultar em danos importantes à saúde bucal e geral, particularmente em indivíduos que vivem restritos ao domicílio.

Os estudos mostram que na população idosa, o percentual de dependência está em torno de 6%. Essa parcela da população idosa é composta por pessoas dependentes funcionalmente, que apresentam suas capacidades afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que as impedem de manter autonomia; ou parcialmente dependentes, isto é, onde esses problemas afetam o indivíduo de maneira a incapacitá-lo de manter independência total sem uma assistência continuada.

A situação epidemiológica, em termos de saúde bucal da população idosa brasileira pode ser classificada como bastante severa e grave, pois a ruína da dentição é cada vez mais rápida (WERNER *et al.* 1998). Então, um dos temas centrais na melhoria da qualidade de vida dos idosos brasileiros, sendo já considerado como questão epidemiológica e demográfica, é o edentulismo.

O edentulismo influi sobre a mastigação, digestão, gustação, pronúncia e aspecto estético, e predispõe a doenças geriátricas (MELLO *et al.*,2008), além de os pacientes edêntulos apresentarem incapacidades físicas e maior chance de mortalidade do que pacientes dentados(AGUIAR & MONTENEGRO, 2007). Além disso, na área da Odontogeriatrics, os estudos apontam, além do edentulismo, para uma alta prevalência de cáries coronárias e radiculares, doenças periodontais, desgastes dentários, dores buco-faciais, desordens temporomandibulares, alterações oclusais, hipossalivação e lesões de tecidos moles, condições de saúde geral mais precária (ROSA *et al.* 2008).

5.3 A odontologia geriátrica

A odontologia voltada para a terceira idade recentemente foi reconhecida como uma especialidade. No entanto, ainda existem muitos desafios, principalmente no que diz respeito ao não-reconhecimento da saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo. Seria necessário também que os cirurgiões-dentistas fossem mais preparados na universidade, tanto para o atendimento no consultório como para desenvolver projetos públicos que promovam a saúde bucal dos idosos (SAINTRAIN & SILVA, 2006).

Historicamente, existem deficiências acumuladas pelo sistema de saúde no tratamento odontológico no idoso como, por exemplo: o despreparo de tal sistema para preencher as necessidades especiais do idoso, a educação inadequada para treinamentos dos cirurgiões-dentistas interessados em Odontogeriatrics e a má distribuição dos dentistas em regiões mais carentes. (SANTOS, 2005).

A Odontogeriatrics atual passa por certos desafios.. A falta de percepção da necessidade de tratamento odontológico é muito comum não somente entre os idosos, suas famílias e cuidadores, mas também entre muitos profissionais de saúde. Esta falta de percepção pode levar o paciente idoso a deixar o tratamento odontológico sempre “por último” em relação a outros tratamentos de saúde, e pode diminuir também a disposição do paciente em pagar pelo tratamento. O custo elevado do tratamento odontológico, o qual não é amplamente coberto pelos convênios, se traduz noutra dificuldade. Para muitos, o tratamento com o dentista particular se torna impossível, tendo-se em vista o baixo valor médio das aposentadorias. Os idosos mais debilitados são os que geralmente apresentam os maiores problemas com a saúde bucal, e são também os menos capazes de pagar pelo tratamento odontológico. Comunicar-se bem com o paciente, ouvindo e entendendo suas expectativas, também é um fator que requer mais a nossa atenção. As expectativas do paciente variam de acordo com o seu nível sócio-econômico-cultural, o acesso a serviços odontológicos adequados, as expectativas da família e da comunidade em que vive o nível de dependência de terceiros para locomoção e financiamento do tratamento, o nível de desconforto com o problema oral, o nível cognitivo, entre outros. Uma boa comunicação aumenta significativamente a satisfação do paciente com o atendimento.

Também cabem aqui as deficiências acumuladas historicamente pelo sistema de saúde. Entre elas temos: o despreparo de tal sistema para preencher as necessidades especiais dos idosos, a educação inadequada para treinamento dos cirurgiões dentistas interessados em Odontogeriatrics, e a má distribuição dos dentistas em regiões mais carentes. Reconhecer e superar tais deficiências se torna necessário para o avanço da Odontogeriatrics e o bem-estar deste crescente segmento da sociedade.

5.4 A necessidade da equipe multiprofissional

O intercâmbio profissional, indiscutivelmente, representa um papel de fundamental importância, pois permite a divisão de responsabilidades a partir do

momento em que cada profissional passa a enxergar os limites da sua ciência e as possibilidades das demais. É essa a principal proposta da atuação interdisciplinar: propiciar que múltiplas áreas do saber, com diferentes propostas de trabalho e diversas formas de atuação, possam agir conjuntamente (JACOB FILHO & SITTA, 1996). Estudos sobre relacionamento interdisciplinar de profissionais junto à equipe de saúde bucal com atenção voltada aos pacientes geriátricos são escassos na literatura. Nesse contexto, os resultados encontrados no presente trabalho podem ajudar a estabelecer esse perfil. Os achados são concordantes com observações de Brunetti e Montenegro (2002), que relatam que a participação do cirurgião-dentista em equipes de assistência ao idoso ainda não é efetiva.

Os dados do levantamento bibliográfico revelam que a interação do cirurgião-dentista junto a equipes de saúde no cuidado ao idoso é existente, entretanto, com índices abaixo dos desejáveis para profissionais atuantes numa população tão heterogênea como a de terceira idade e com maior frequência de complexidade clínica encontrada, como relatam Skinkai e Cury (2000); Rezende (2005); Aguiar e Montenegro (2007) .

Erickson (1997) e Rezende (2005) são condizentes de que o corpo de enfermagem geralmente desconhece medidas preventivas em odontologia, e que não trabalham juntamente com uma equipe de saúde bucal.

Com o aumento da idade, desenvolvem-se inúmeras alterações fisiológicas que influenciam no tratamento odontológico, observando-se que, quanto mais avançada a idade, maior o acúmulo de doenças e afecções múltiplas em um mesmo indivíduo, o que implica o uso de medicamentos diferentes. Para tanto, os odontologistas, assim como os outros profissionais da saúde, devem estar capacitados a realizar atendimento especial, anamnese complexa, exame clínico altamente cuidadoso e estudo minucioso de exames complementares. É importante a interação multiprofissional na busca pelo entendimento do processo de envelhecimento, a fim de que possa enxergar, cada vez mais, a singularidade em cada idoso (ALMEIDA, *et al.* 2007).

Dada a atual ênfase no idoso, existe uma grande preocupação e integração dos profissionais de diversas áreas da saúde em relação a esse grupo. Isso surge em decorrência de um processo de transição demográfica e epidemiológica que o Brasil vem mostrando de forma heterogênea, associado, em grande parte, às dificuldades sociais observadas no país. A população idosa constitui-se como um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, e, qualquer que seja o enfoque, a situação dessa parcela da população é bastante expressiva. (CAMACHO, 2002).

Segundo Freire (2005), os profissionais médicos e enfermeiros que trabalham com a população idosa, seriam fortes aliados na prevenção e detecção precoce de alterações bucais que podem comprometer o estado geral do idoso.

A reorganização dos serviços de saúde, assim como mudanças na formação dos profissionais de saúde, são estratégias que podem viabilizar a concretização da promoção da saúde, sendo que para isso a educação em saúde torne-se uma ação fundamental. mas a educação em saúde tradicional ou hegemônica, revela um instrumento de saber dominante em que responsabiliza o paciente pela redução dos seus riscos à saúde, não contemplando o princípio da integralidade, a promoção à saúde e fazendo com que alternativas sejam pensadas e trabalhadas como a educação popular em saúde (RICCI *et al.* 2006).

O Programa de saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde apresenta-se como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica com ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas par a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Saúde Bucal, na adequação do processo de trabalho, requer, dentre outros pontos, a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, não limitando a atuação somente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico, devendo interagir com os demais profissionais de outras áreas, permitindo a troca de saberes para que os aspectos da saúde bucal sejam apropriados e se tornem objeto de suas práticas (BRASIL, 2004).

Na opinião de Costa Neto (2000), o Programa de Saúde Família (PSF), o qual atualmente é denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo entendido como uma inovadora estratégia para as ações no setor da saúde e configura-se como uma nova concepção de trabalho, trazendo o esforço em equipe como forma de diversificar as atitudes e ações com base na interdisciplinaridade, tratando a família e a comunidade como foco principal das diversas ações compreendidas entre trabalhos clínicos e promoção da saúde. Dentro desta visão, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como parte dos profissionais da ESF, funcionam como elos entre a equipe e comunidade, à medida que estão em permanente contato com as famílias, identificando situações de risco, acompanhando e orientando as mesmas, desenvolvendo ações de vigilância em saúde com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças.

Em contrapartida segundo e Wentz e Portella (2008), observa-se, uma grande desconhecimento dos ACS e dos cuidadores de idosos acerca da importância da saúde bucal do idoso. Tal fato pode contribuir para o prejuízo de sua saúde física e mental. Desta forma, uma higiene oral insuficiente ou ausente, bem como uma não-observação dos fatores bucais anormais, que pode lesar o estado nutricional, a fala, a comunicação e a auto-estima. Corroborando, Miranda (2011) diz que os cuidadores exercem papel preponderante na avaliação e na manutenção da saúde oral dos indivíduos idosos, mas estes dão menor prioridade aos problemas bucais, os quais recebem pouca atenção. Isso ocorre por falta de conhecimentos específicos, treinamento dirigido e, até mesmo, por falta de tempo.

A incorporação de hábitos e de modo de vida mais saudável requer uma postura ativa e consciente da população. Para isso, é necessário que ela saiba para querer, e queira para pedir e fazer. A informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal. Trata-se de retirar da população da terceira idade o estigma de naturalmente doente, idéia que o próprio indivíduo idoso tem de si, para que as necessidades de saúde sejam percebidas e se tornem reais. Somente a partir daí ocorrem mudanças de atitudes pessoais, que são pré-requisitos para a reivindicação de medidas específicas e sua aceitação. Particularmente em

relação à saúde bucal em idosos, esse aspecto é fundamental para que os indivíduos e seus familiares e/ou cuidadores mantenham a motivação para o autocuidado e o seguimento de prescrições profissionais.

Paralelamente, há necessidade de organização das comunidades e de uma rede de assistência profissional preparadas para atender a população dentro do paradigma de promoção de saúde. Uma vez que a autopercepção de saúde bucal pode ser diferente no idoso e no adulto jovem, o que implica diferentes abordagens profissionais, deve-se salientar a importância de se entenderem os valores e as percepções de saúde bucal do idoso, também a fim de melhorar as estratégias de ação de educadores e profissionais de saúde. Sem essa compreensão dos reais anseios do paciente não haverá sucesso, quaisquer que sejam os planos de atendimento, tanto em nível coletivo, quanto individual (SHINKAI & CURY, 2000).

A informação e a orientação são também peças-chave nas ações odontológicas de prevenção específica e devem ser extensivas a todos na equipe interdisciplinar. A prática interdisciplinar é fundamental na odontologia geriátrica preventiva, pois o contato com os profissionais da área odontológica pode ocorrer tardiamente. Assim, os idosos e seus familiares, médicos, enfermeiras, cuidadores e toda a equipe devem estar cientes dos potenciais problemas odontológicos no idoso e da importância da higiene bucal diária, principalmente à medida que as condições debilitantes sistêmicas se agravam (MESAS *et al*, 2007).

Uma vez que a saúde bucal é indissociável da saúde como um todo, fatores gerais do indivíduo e do ambiente afetam o sistema estomatognático e vice-versa, o que torna o conhecimento dessas interações de extrema importância para o diagnóstico das reais necessidades e prioridades do idoso, bem como para o delineamento do plano de ação. Assim sendo, o trabalho com a terceira idade exige a formação de uma ampla rede de conhecimentos de mão dupla (SHINKAI & CURY, 2000).

A família assume uma significativa parcela no sucesso do tratamento do paciente idoso, sua participação efetiva durante o atendimento e a busca constante do conhecimento em prol da saúde do familiar debilitado, corresponde a um grande

incentivo para a atuação profissional de todas as áreas da saúde como colaboradores da recuperação ou manutenção da saúde desses pacientes (MIRANDA & MONTENEGRO, 2009).

Coelho Filho (2000), ressalta que o processo saúde-doença no idoso se caracteriza por múltiplos problemas de doenças; uso de múltiplos medicamentos; deterioração das condições agudas quando não prontamente tratadas; apresentação freqüentemente inespecífica e insidiosa de doenças; freqüentes complicações secundárias a doenças e tratamentos; maior predisposição à descompensação; fatores sociais e ambientais freqüentemente envolvidos no desenvolvimento, descompensação e recuperação de problemas de saúde. Segundo o autor, a questão fundamental em relação à proposição da abordagem geriátrica é quando e como o cuidado por uma equipe interdisciplinar apresenta resultados significativamente melhores do que o cuidado tradicional, tanto quanto ao desfecho de morbimortalidade e à qualidade de vida, quanto, evidentemente, aos custos. Esta complexidade de problemas leva-o a caracterizar a prática geriátrica como interdisciplinar, pois o retorno da capacidade funcional e cognitiva de muitos pacientes, com freqüência, depende de reabilitação conduzida por uma equipe de profissionais. O enfoque da interdisciplinaridade na formação do profissional, pela qual será exercida a visão da integralidade, tem importante papel na consolidação da saúde coletiva. Ceccim & Feuerwerker (2004) consideram a integralidade da atenção à saúde como um eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais.

No entendimento de Camacho (2002), a contribuição da interdisciplinaridade representa não apenas a eliminação de barreiras profissionais entre as disciplinas, mas também a reflexão entre as pessoas na busca de opções possibilitando uma prática organizacional, na qual são levados em consideração saberes, atitudes e valores que, para Minayo (1995), representam a relação com o mundo da vida, estabelecendo conexões e correspondências entre as disciplinas científicas, na busca do equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificadora, entre a especialização e o saber geral e entre o saber especializado e a reflexão filosófica.

RICCI et al.(2006), Rezende (2005), Varjão (2006), consideram indispensável para a formação profissional o fato de que o saber odontológico ou de cada especialidade seja enriquecido de conhecimentos, como teorias do envelhecimento, alterações normais desta fase, problemas mais comuns do período, habilidades funcionais no idoso, políticas públicas relativas à velhice, promoção e manutenção da saúde do idoso, cuidados prolongados (institucionalização), variações culturais, atitudes e aspectos éticos relativos à assistência às pessoas idosas.

Para Shinkai e Cury (2000), pacientes portadores de doença de Parkinson avançada, artrite deformante nas mãos, demência, hemiplegia, etc. necessitam de ação coordenada da equipe odontológica com familiares/cuidadores, equipe médica e de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, para manter uma boa higiene bucal e a maior independência possível.

Para Santos (2000), a interdisciplinaridade não pode ser vista como solução mágica para todos os problemas enfrentados na prática profissional, muito menos na Gerontologia, mas, sim, como uma possibilidade de contribuição para a clareza e, talvez, a solução dos problemas, principalmente para uma melhor elucidação de um objeto que é comum a vários profissionais. Nenhuma disciplina, isoladamente, seja Enfermagem, Medicina, Serviço Social ou qualquer outra, consegue explicar a totalidade do objeto da Gerontologia, em razão de referir-se a seres humanos e suas relações sociais, com suas características polissêmicas. Esta autora ainda considera que os cursos da área da saúde possuem uma estrutura muito rígida, não permitindo boa interação das disciplinas, havendo concepções dominantes que impedem ou dificultam a comunicação entre diferentes grupos de idéias, fazendo com que os profissionais formados tenham uma visão fragmentada, comprometendo sua atuação na equipe de trabalho e, principalmente, na ação curativa direcionada ao idoso.

A organização das instituições na busca da integração dos cuidados em saúde, em todo o sistema, através da conformação de uma rede de serviços estruturada de forma a maximizar as possibilidades de atendimento, é de fundamental importância. Também a articulação entre os diferentes níveis, com a estruturação de referência e contra-referência que dêem conta das necessidades destes indivíduos, tornam-se necessário para seguir-se os caminhos rumo à integralidade da atenção.

Surge, assim, uma preocupação maior com essa camada da população, pois os custos econômicos e sociais decorrentes dela vêm transcendendo as projeções consideradas para esse grupo, numa situação vigente de um sistema de Saúde Pública espoliado ao extremo.

Segundo Moreira *et al.* (2005), a reorganização do modelo assistencial do SUS encontra grandes possibilidades de concretização na perspectiva da “vigilância da saúde”, uma vez que aponta caminhos para a superação da crise do sistema de saúde, considerado a realidade de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário.

No aprimoramento do modelo assistencial brasileiro, os princípios da integralidade, equidade estão no cerne, e sua operacionalização inclui produção, a divulgação e o uso de indicadores de saúde apropriados para compreender o idoso na formulação de políticas distintas para diferentes problemas que afligem grupos específicos. O trabalho interdisciplinar, apesar de preconizado, é implementado com restrições, que vão da precária formação dos alunos na graduação até a defesa corporativa das profissões, passando por relações de trabalho que deverão incorporar princípios do trabalho em equipe, prevenção, reabilitação, inclusão da família e paliativismo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados e suas possíveis interpretações abrem caminho para diversas reflexões, seja quanto à valorização de intercâmbio freqüente entre os profissionais da área gerontológica, maiores esforços de inclusão da classe odontológica nas equipes de saúde e maior necessidade de conhecimento sobre as inter-relações entre saúde bucal e saúde sistêmica para toda a equipe de saúde, a partir do entendimento do corpo humano como um conjunto, abandonando a visão da boca como uma parte isolada do organismo.

Consideramos, ainda, que mais estudos com abordagem na interdisciplinaridade fazem-se necessários para melhor elucidar a questão. No momento, aparecem novos olhares e perspectivas que reconhecem a Odontogeriatrics como uma área rica e cheia de lacunas a serem preenchidas pelas disciplinas que a compõem. Essa compreensão vai além das abordagens convencionais, em relação à clientela idosa, proporcionando novos caminhos de pesquisa.

Entender a integração interdisciplinar é passar por um processo reflexivo, consciente, que envolve relações de compromisso entre profissionais de saúde em relação ao cliente idoso e seus familiares, articulando uma finalidade comum do atendimento à saúde, na área da Gerontologia.

É relevante enfatizar que, por meio dessa perspectiva, existem várias tentativas de mudança em instituições que visam transcender as dificuldades e aceitar os desafios que a terceira idade nos fornece continuamente. Dessa forma, em comum sintonia, é importante articular as diversas disciplinas (Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Musicoterapia, Terapeuta Ocupacional, Psicologia, entre outras) numa só maneira de lidar com as transformações políticas, sociais, culturais e econômicas que o país sofre atualmente.

Nesse despertar, a interdisciplinaridade serve como um instrumento condutor para a Gerontologia, em busca de mudanças por meio de trabalhos na comunidade e em unidades hospitalares, com resultados que venham a somar conhecimentos e redundar em esforços, no processo de desenvolvimento da área da saúde, com o

estabelecimento de diálogos construtivos, em encontros de pesquisas, seminários e reuniões, trabalhando sempre a diversidade, a complexidade e a dinâmica social relacionada, atualmente, ao idoso as quais as ciências tentam explicar.

A interação harmônica de aspectos teórico-práticos, destacando-se o papel dos profissionais de outras áreas da saúde na realização do cuidado nos serviços e a efetiva contribuição da odontologia para efetivação destas práticas, pode transformar a realidade do cuidado à saúde bucal do idoso. Atualmente, muitas dessas práticas ainda são prejudicadas e negligenciadas por estigmas e desarticulação entre diversas áreas da saúde envolvidas no cuidado do idoso e na promoção do envelhecimento saudável.

A atenção à saúde bucal do paciente idoso vai além dos limites da Odontologia Clínica, necessitando incorporar conhecimentos de vários ramos do saber. Para acompanhar a tendência das políticas públicas em saúde que preconizam a humanização da atenção, a promoção da saúde, educação e desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde, dentre outras, a tônica no discurso e na prática requer a efetiva elaboração e operacionalização interdisciplinar.

Fica evidente a necessidade de uma intervenção interdisciplinar no que se refere ao tratamento do paciente idoso. Protocolos específicos podem ser desenvolvidos no sentido de melhorar o atendimento e a seqüência do tratamento a pacientes conscientizados e estimulados com relação à necessidade do tratamento odontológico, visando, assim, a um resultado favorável.

É importante ressaltar a necessidade de cirurgiões-dentistas mais bem preparados para o atendimento da população idosa, tanto no consultório, como fazendo parte de Equipes de Saúde da Família e até desenvolvendo projetos de âmbito governamental que promovam a saúde bucal desses indivíduos.

O paciente geriátrico é um indivíduo complexo, que vivenciou várias experiências e passou por diversas mudanças ao longo de sua vida e, apesar da sabedoria adquirida, várias limitações lhe são impostas, tanto funcionais quanto

psicossociais. Com isso, o cuidado aos idosos deve ser diferenciado. Essa complexidade deve ser atendida por uma equipe interdisciplinar de profissionais, com um único propósito: melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos e proporcionar um envelhecimento saudável. Viver mais e bem está intimamente relacionado à saúde.

O profissional da odontologia, portanto, deve ser portador não apenas de conhecimentos técnicos e científicos, como também de conhecimentos que o habilitem para oferecer atenção e cuidados adequados e diferenciados às particularidades do paciente o idoso. A posse de um saber ampliado é fundamental para atendermos adequadamente às demandas diferenciadas dessa crescente população de idosos com as suas condições físicas, sociais e psíquicas especiais.

Estudos, pesquisas e ações devem ser desenvolvidos e implementados no intuito de oferecer condições para a resolução dos problemas dos pacientes da terceira idade. O cirurgião-dentista precisa desenvolver sensibilidade para atuar também como psicólogo e amigo, não, se limitando, jamais, ao desenvolvimento de competências técnicas para a solução do edentulismo. Afinal não é a falta de dentes, muitas vezes, o principal motivo da presença do idoso no consultório odontológico.

A busca pela interdisciplinaridade no trabalho em saúde coletiva, e ainda mais em um contingente idoso, requer muito mais do que boa vontade, e vai além do trabalho em equipe. Trabalhar as relações de poder entre as diferentes profissões médicas, enfermagem e odontologia pode especificamente melhorar a atenção em saúde e também a saúde bucal, no intuito de promover a qualidade da atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M.C.A.; MONTENEGRO, F.L.B. Avaliação do conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica do estado de São Paulo sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica. **Kairós**, São Paulo, v.10, n.1: p.155-74, jun, 2007.

ALBUQUERQUE,P.C.; STOTZ,E.N. A educação popular na atenção à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu, v.8, n.15,p.259-274, mar/ago. 2004.

ALMEIDA, M.I *et al.* O papel da saúde bucal na promoção da saúde do idoso. **Odontologia e Sociedade**, v.9,n.3, 2007.

ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n. 18, p. 203-216, jan/jun, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condição de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília (BR): Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil2003: condições de saúde bucal da população.*Brasília 2002-2003. Brasília - DF, 2004. (Mudar de lugar)

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB 2000: **Condições da saúde bucal da população brasileira**, 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Portaria 1.395/GM. de 13 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a aprovação da Portaria Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União** .13 dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal**: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, CD-MS, 1989.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. Odontogeriatría: prepare-se para o novo milênio. In: FELLER, C.; GORAB, R. **Atualização na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, p. 469-487, 2000.

BRUNETTI, R.F; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. In: BRUNETTI, RF; MONTENEGRO, FLB. A **Odontologia Geriátrica e o Novo século**. São Paulo: Artes Médicas; p.27-52, 2002.

CAMACHO, A.C.L.F. A gerontologia e a interdisciplinarietà. Aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev Latino-americana Enferm.** v.10,n.2: p.229-233, 2002.

CAMARGO, G.F.;SOUZA, M.L.R. A importância da avaliação fonoaudiológica na adaptação dos idosos à prótese dentária. **Revista Kairós**, São Paulo, v.9,n.2: p.303-17, dez, 2006.

CECCIM, R.B, FEUERWERKER,L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.5 :p.1400-10, 2004.

CHAIMOWICZ, F. *et al.* **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, 172p.

COELHO FILHO, J.M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.6: p.666-71, 2000.

COLEMAN, P. Opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. *Nurs Outlook*, v.1: p.33-39, 2005.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, 2002.

CORMARCK, E. A saúde oral do idoso. 2002. Disponível em:<<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174&idesp=19&ler=s>> Acesso em: 26 de jan. 2011.

COSTA NETO, M.M. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

COTT, C.A. Trabalho em equipe. In: PICKLES, B. *et al.* **Fisioterapia na Terceira Idade**. 1ed. São Paulo, Livraria Santos, 1998

CREUTZBERG, M. *et al.* Interfaces of geriatric nursing and dental care. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.3, n.3, dez, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn303creutzberg.htm>>. Acesso em : 23 jan. 2011.

CUNHA,C.C.; CORONATTO,E.A.N.S.; BATAGLION,C.; PEREIRA,A.C.C.I. A importância da terapiamiofuncional na reabilitação de paciente portador de prótese total. **Revista da APCD**, n. 57, p. 101-103, 2003.

ERICKSON, L. Oral health promotion and prevention for older adults. **Dent Clin North Am**, v.41, n.4, p.727-750, 1997.

ETTINGER, R.L. Dental Management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. **Gerontology**. v.17, n.1: p.8-16, 2000.

FERREIRA,J.A.N.D.; NÓBILO,M.A.A. Odontogeriatrics. In: Campostrini,E. **Considerações sobre o tratamento protético em pacientes idosos**. Rio de Janeiro: Revinter. p.212-223, 2004.

FREIRE, R.M. *et al.* Saúde bucal dos pacientes idosos intistucionalizados. **Rev. Paul Odontol**, v.24, n.6, p.30-33, 2002.

GORZONI, M.L. Aspectos da farmacologia clínica em pacientes idosos. **Gerontologia**, v.1, n.1: p. 9-12, 1993.

GRIFFITHS, J. *et al.* Oral health care for people with mental health problems guidelines and recommendations. **British Society of Disability and Oral Health**, v.1,n.1 : p.1-20, 2000.

HILGERT, J.G et al. Saúde bucal em portadores de Alzheimer e em seus cuidadores. **Centro de referência e documentação sobre envelhecimento da Unati**, Porto Alegre, v.6, n.1 : p.1-15, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). Censo Demográfico, 2000. Rio de Janeiro, IBGE.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, IBGE. 1998

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (1993). Brasília, DF, 25 a 27 de setembro de 1993. Relatório Final. Brasília, CFO/MS.

JACOB FILHO, W.; SITTA, M.C. Interprofissionalidade. In: PAPALETTO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo, Atheneu. 1996.

KOCAELLI, H. *et al.* Alzheimer's disease and dental management. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. v. 93, n.5: p.521-4, 2002.

MACEDO, D.N. et al. Proposta de um protocolo para o atendimento do paciente idoso na atenção básica. **Odontologia. Clin.-Cientific.**, Recife, v.8, n.3 : p.237-43, jul-set, 2009.

MARCHESAN, I. Q. Distúrbios da motricidade oral. In:RUSSO, I. P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro, Revinter, 1999.

MARCHINI, L. Plano de tratamento integrado em Odontogeriatrics. In: BRUNETTI , R.; MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatrics: Noções de interesse clínico**, 1 ed. São Paulo:Artes Médicas, p.163-73, 2002.

MELLO, A.L.S.F.; ERDAMANN, A.L.; CAETANO,J.C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto contexto – enferm**. v.17, n4: p.696-704, out-dez, 2008.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSES, S.I.; CASTRO, R.G. Cuidado dirigido à saúde bucal: Significados atribuídos por cuidadores de idosos. **Cienc Cuid Saúde**, v.8,n.1: p.27-23, jan/mar, 2009.

MESAS,A.E.; TRELHA,C.S.; AZEVEDO,M.J. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio : Estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.11, p. 61-75, 2008.

MINAYO, M.C.S. A interdisciplinaridade no conhecimento e prática de saúde do idoso. In: Jornada do SBGG, Rio de Janeiro: **SBGG**, p.74-75, 1995.

MIRANDA, A.F. *et al.* Doença de Alzheimer: Características e orientações em Odontologia. **Revista Portal de Divulgação**, n.6. Jan, 2011. Disponível em: <

<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php/revistaportal/article/view/74/98> > Acesso em : 30 de abr.2011.

MIRANDA, A.F.; MONTENEGRO, F.L.B. O cirurgião-dentista como parte integrante de uma equipe multidisciplinar no atendimento aos idosos. **Rev Paul Odontol**, v.31,n.3 : p. 15-19, 2009.

MONTEIRO, C. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: diagnóstico, contraste sociais e tendências**. São Paulo : Hucitec; EDUSP, 165p, 1988.

MONTENEGRO, F.L.B.; BRUNETTI, R.F. Prótese total e a terceira idade. In: CUNHA, V.P.P.; MARCHINI, L. **Prótese total: procedimentos clínicos e laboratoriais**. Paraná: Maio; p.235-259, 2002.

MONTENEGRO, F.L.B.; MARCHINI, L.; MANETTA, C.E. Atenção odontológica para idosos em unidade de internação. **Revista Portal de Divulgação**, n.7, fev, 2011. Disponível em :<
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php/revistaportal/article/view/90> > Acesso em: 21 fev.2011.

MOREIRA, R.S. *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistematizada sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno de Saúde Pública**, Brasil, v.21,n.6,p.1665-75, nov/dez., 2005.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO, R.P.; SALLES, R.F.N. Geriatria fundamentos clínicos e terapêuticos. In: Carvalho Filho, ET; Papaleo Netto, M. **Epidemiologia do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu Rio; p.19-34, 2005.

PEREIRA, C.M.M.S.; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. In: BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. **Efeitos bucais das drogas:cuidados na terceira idade**. São Paulo: Artes Médicas; p.131-150, 2002.

PUCCA JR., G.A. Saúde Bucal do Idoso: Aspectos Sociais e Preventivos. In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em versão globalizada**. São Paulo: Atheneu, cap. 4, p. 297 – 310. 2002

PUCCA JUNIOR, GA. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em versão globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu; p. 297-310, 1996.

REZENDE, T. O. **Análise dos cuidados bucais realizados pela equipe de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados na cidade de Uberlândia, Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Odontogeriatrics. Subdivisão de Odontologia. São Paulo, Abeno, 2005.

RIBEIRO, D. G., et al. A saúde bucal na terceira idade. **Salusvita**, Bauru, v. 28, n. 1, p.101-111, 2009.

RICCI, N.A. et al. Interdisciplinariedade na gerontologia: uma revisão de literatura. **Kairós**, São Paulo, v.9, n.2 : p.19-37, dez, 2006.

RONCALLI, A.G. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.27, n.1 : p4-5, 2011.

ROCHA, F. **Aspectos biológicos de envelhecimento**. Monografia - Escola Federal de Odontologia de Alfenas (EFOA), 2001. Disponível: < www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html> Acesso em: 15 fev. .2011.

ROSA, L.B. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v.13,n.2 :p.82-86, mai-ago, 2008.

SAINTRAIN, M.V.L.; SILVA, A.L. Influência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.9, n.2: p.242-50, abr., 2006.

SAINTRAIN, M.V.L.; SOUZA, E.H.A. Saúde bucal do idoso: Desafio à ser perseguido. **Odontologia. Clin.-Cientif.**, Recife, v.4,n.2: p.127-132, mai/ago, 2005.

SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, L.J.E.S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Cienc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13,n.4, jul/ago., 2008.

SANTOS D.H. **A odontogeriatrics no contexto da saúde pública**. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic. Campinas, 2005.

SENNA, M.A.A. *et al.* Percepções de médicos do municípios de Niterói sobre saúde geral e bucal. In: **Pesquisa Odontológica Brasileira**. Anais da 20ª reunião Anual da SBPqO, v.17,supl.2, Brasília, SBPqO, 2003.

SHINKAI, R.S.A.; CURY, A.A.B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.4: p.1099-1109, out./dez 2000.

SILVA, A.M.; VARGAS, A.M.D.; FERREIRA, E.F.; ABREU, M.H.N.G. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15,n.4: p.2197-2206, 2010.

SILVA, S.R.C.; VALSECKI JÚNIOR A. Assesment of oral health in na elderly Brazilian population. **Rev Panam Salud Publica**. V.8,n.4: p.268-71, 2000.

SILVEIRA NETO, N. et al. Condição de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, v.4, n.1 : p.48-56, jan-jun, 2007.

SPIELMAN, A.I. *et al.* Dentistry, nursing and medicine: a comparison of care competencies. **J.Dental Educ**, v.69,n. 11 : p.1259-71, 2005.

UNLER, S., GOKALP, S., DOGAN BG. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. **Gerodontol.** n.24: p.22–9, 2007.

VARJAO, F.M. Dental care with Alzheimer's disease. **Rev. Odonto Ciência,** v.21,n.53: p.284-8, 2006.

WENTZ, E.K.; PORTELLA. M.R. Conhecimentos que agentes comunitários de saúde e cuidadores de idosos têm sobre saúde bucal na velhice: experiências da estratégia de saúde da família de Victor Graeff-RS. **Estud. Interdiscip.envelhec.**,Porto Alegre, v.13, n.2 : P.275-290, 2008.

WERNER, C.W.; SAUDERS,M.J.; PAUNOVICH, E.; YEY, C. Odontologia Geriátrica. **Rev. Fac. Odontol. Lins.** v. 11, n.1: p.62-70, 1998.