

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

ALANA QUEIROZ ANTONINO VIEIRA GONÇALVES

**ENVELHECIMENTO E PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A
IDOSOS**

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2011

ALANA QUEIROZ ANTONINO VIEIRA GONÇALVES

**ENVELHECIMENTO E PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A
IDOSOS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2011

ALANA QUEIROZ ANTONINO VIEIRA GONÇALVES

**ENVELHECIMENTO E PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A
IDOSOS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Banca Examinadora

Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro – Orientador

Prof^a Mara Vasconcelos

Aprovado em Belo Horizonte: 04/02/2012

Dedico este trabalho aos meus filhos, Leticia, Thiago e Bernardo, herança divina, amores de minha vida, que me ensinaram pela inteligência e doçura a acreditar em um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida e em cuja fé encontro o significado da minha existência, pois sem Ele esse trabalho jamais seria possível.

Aos meus filhos por existirem em minha vida.

Ao meu esposo, companheiro de todas as horas, excelente ouvinte dos meus desabaços. Obrigada por fazer parte de minha vida.

A minha família pelo carinho e apoio dispensados em todos os momentos que precisei.

Ao meu orientador, Marco Túlio de Freitas Ribeiro, pelo ensinamento e dedicação dispensados no auxílio a concretização desse trabalho.

Aos professores da Universidade Federal de Minas Gerais, que no decorrer do curso partilharam seus valiosos ensinamentos, cada um de forma especial contribuiu para a minha formação profissional.

“A esperança da vida aumenta cada dia, porém o ideal é que ela venha acompanhada da qualidade de vida sem perda da dignidade humana”.

MARAÑON

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi conhecer e discutir as condições bucais dos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde, conhecer as necessidades bucais e de planejamento de ações dos serviços de saúde bucal. Foi realizada uma revisão bibliográfica que possibilitou conhecer o que já existe na literatura sobre o assunto e as diferentes formas de análise realizadas. Estudos mostram que apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso à atenção odontológica necessita ser ampliado para a população idosa nos Programas de Saúde da Família, com a inserção da reabilitação protética nos serviços e o desenvolvimento de programas de saúde bucal para acamados. Conclui-se quanto a necessidade de aumentar o acesso dos idosos a ações de promoção de saúde de forma a garantir o seu bem-estar, a melhoria na qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, estética, além de contribuir para sua integração no meio social.

Palavras chave: Idoso. Assistência odontológica para saúde do idoso. Planejamento.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate and discuss the oral conditions of the elderly in the Basic Health Unit, meet the needs of oral and action planning of oral health services. We performed a literature review allowed the knowledge of what already exists in the literature on the subject and the different forms of analysis performed. Studies show that despite the progress of the Unified Health System (SUS), access to dental care needs to be extended to the elderly population in the Family Health Program, with the insertion of prosthetic rehabilitation services and the development of oral health programs for bedridden. Concluded about the need to increase access for seniors to health promotion actions to ensure their well-being, improved quality of life and self-esteem, improving mastication, esthetics, and contribute to their integration into the social environment.

Keywords: Elderly. Dental care for the elderly. Planning

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
5.1 O idoso.....	15
5.1.1 Conceito.....	15
5.1.2 O envelhecimento.....	17
5.1.3 Envelhecimento da cavidade bucal.....	19
5.1.4 Aspectos psicológicos e sociais do envelhecimento.....	20
5.2 Planejamento do tratamento odontológico de idosos em PSF.....	21
5.2.1 Conhecimento da realidade.....	22
5.2.2 Prioridades.....	26
5.2.3 Planejamento.....	28
5.2.4 Avaliação e planejamento.....	30
6 DISCUSSÃO.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Este documento propõe a organização do serviço a partir das linhas de cuidado como, por exemplo, a linha de cuidado do idoso.

Desta forma, segundo o Ministério da Saúde (2006), o PSF busca a promoção da saúde através de um conjunto de ações individuais e coletivas, que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde, mediante construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade.

Nesse sentido, a saúde bucal e especialmente a saúde bucal dos idosos merece um destaque, uma vez que a saúde bucal recai entre outros, no fato de que a capacidade mastigatória, a fonação, a deglutição, estão intimamente ligada à saúde geral das pessoas e influenciam diretamente no bem estar, na auto-estima e no convívio social dos indivíduos.

Trabalhando a 20 anos como dentista em consultório particular e na saúde pública, a minha preocupação é diminuir o índice de cárie proporcionando uma saúde bucal melhor ao paciente e conscientizar a importância dessa saúde bucal, e, em especial ao idoso, objeto desse estudo. Assim, com o desejo de adquirir experiências e conhecimentos suficientes para exercer minha profissão com clareza dos objetivos e segurança, participei do processo seletivo para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), do qual tive a oportunidade através do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da UFMG, de buscar conhecimentos para melhoria de minha prática diária com os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, principalmente quando fiz o módulo sobre saúde bucal – atenção ao idoso (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2009), decidi pela escolha desse tema, ou seja, ampliar meus conhecimentos no que diz respeito ao planejamento do tratamento odontológico em idosos.

2 JUSTIFICATIVA

O idoso requer uma avaliação global, que frequentemente envolve a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O meu município não conta ainda com um planejamento das ações básicas de saúde bucal para o idoso e observando que precisam de tratamento direcionado, com confecção de prótese parciais e totais, tratamento periodontal e um planejamento de atendimento básico, esta pesquisa se torna relevante no contexto de que é necessário conhecer sobre protocolos de atendimento que contemple o tipo de procedimento e as ações de promoção de saúde a serem realizadas, identificando o papel da equipe de saúde na atenção ao idoso, de forma a garantir a universalização das ações para idosos com dificuldades de acesso ao serviço odontológico.

Com base no exposto justifica-se a iniciativa de realizar este trabalho para saber sobre o planejamento do tratamento odontológico em idosos, a partir de estudos já realizados sobre o tema.

3 OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi conhecer e discutir as condições bucais dos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde, conhecer as necessidades bucais e de planejamento de ações dos serviços de saúde bucal.

4 METODOLOGIA

Este trabalho de conclusão de curso adotou técnica de revisão de literatura para conhecer sobre o planejamento do tratamento odontológico em idosos, identificando a percepção dos profissionais de saúde bucal com relação às atividades desenvolvidas, evidenciando a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, visando a melhoria das condições de saúde bucal dos idosos.

Foi feita uma pesquisa em bases de dados Lilacs no período de 2000 a 2008, além de livros e documentos oficiais. Foram usados na pesquisa os seguintes descritores:

Idoso. Assistência odontológica para saúde do idoso. Planejamento.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O idoso

5.1.1 Conceito

O artigo 1º da Lei 10741/2003, Estatuto do idoso, especifica que são pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Ao certo, não existe um conceito legal de idoso, vários doutrinadores tentam chegar a um consenso, mas o conceito é muito complexo.

De acordo com Camarano e Medeiros (1999), reconhece-se a existência de uma gama bastante ampla de critérios para a demarcação do que venha a ser um “idoso”. O mais comum baseia-se no limite etário, como é o caso, por exemplo, da definição da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994). O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) endossa essa definição. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se em países desenvolvidos.

Entretanto, os mesmos autores ponderam que com relação à conceituação do idoso, é necessário considerar de que o envelhecimento de um indivíduo deve ser compreendido além dos aspectos biológicos, considerando também fragilidades psicológicas e os aspectos sociais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos e novas conquistas pessoais e familiares.

Camarano e Medeiros (1999) acreditam que “idoso” identifica não somente indivíduos em um determinado ponto do ciclo de vida orgânico, mas também em um determinado ponto do curso de vida social, pois a classificação de “idoso” situa os indivíduos em diversas esferas da vida social, tais como o trabalho, a família, etc.

Com isso, pode-se observar que a idade cronológica não é a única forma de se referir ao processo de envelhecimento, sendo este uma interação de fatores complexos que apresentam uma influência variável sobre o indivíduo com a passagem do tempo.

A suposição de que o efeito de características biológicas semelhantes tem as mesmas implicações na vida social de indivíduos de culturas diferentes não é relevante na perspectiva de alguns estudos. Geertz (1989), por exemplo, alega que não faz sentido distinguir entre aspectos estritamente biológicos e aspectos estritamente culturais em estudos antropológicos, uma vez que na espécie humana ambos são profundamente inter-relacionados. Assim, na analogia com outros animais, especialmente, as referências ao envelhecimento dentro de processos de seleção “natural” que remetem a uma natureza que existe fora da cultura não possuem relevância para os humanos. Se não existe “natureza” independente de “cultura” e vice-versa, é de se esperar não só que os resultados do processo biológico de senilidade sejam potencialmente diferentes entre culturas, mas que o próprio envelhecimento seja também fruto de condições sociais que determinam a trajetória do indivíduo ao longo do ciclo da vida.

O conceito de idoso, do ponto de vista instrumental, também tem finalidades de caráter social. Na classificação de um indivíduo como idoso por formuladores de políticas predominam tanto objetivos relacionados com a sua condição em um determinado ponto no curso de vida orgânica quanto em um ponto do ciclo de vida social. Dentro do argumento de Geertz (1989), não há como pensar esses ciclos separadamente. Classificam-se idosos, por exemplo, com objetivos de estimar demandas por serviços de saúde, por benefícios previdenciários e, também, como uma maneira de distinguir a situação dos indivíduos no mercado de trabalho, na família e/ou em outras esferas da vida social.

Uma das consequências do uso da idade para a definição de idoso é o poder prescritivo contido nessa definição. A sociedade cria expectativas em relação aos papéis sociais daqueles com o *status* de idoso e exerce diversas formas de coerção para que esses papéis se cumpram independentemente de características particulares dos indivíduos. (LASLETT, 1996, p. 24).

Conforme Laslett (1996), o *status* de idoso pode ser atribuído a indivíduos com determinada idade, mesmo que não apresentem características de dependência ou senilidade associadas à velhice e, mais importante, que recusem esse *status*. Um exemplo claro dessa coerção é a aposentadoria

compulsória presente nos regimes de aposentadorias de vários países do mundo, inclusive dos países desenvolvidos.

Para a formulação de políticas públicas, a demarcação de grupos populacionais é extremamente importante. Através dela é possível identificar beneficiários para focalizar recursos e conceder direitos, o que requer algum grau de pragmatismo nos conceitos utilizados. Como toda classificação, a de “idoso” simplifica a heterogeneidade desse segmento e, por isso, está sujeita a incluir indivíduos que não necessitem de tais políticas ou a excluir os que delas necessitem. Há duas maneiras de reduzir a incidência desse tipo de erro. A primeira é aprimorar critérios de forma a aumentar a precisão das definições. Busca-se um ou mais marcos que permitam identificar melhor os indivíduos com certas características. A segunda consiste em modificar os conteúdos das definições por determinado critério (LASLETT, 1996, p. 26).

De acordo com a Secretaria de Estado de Minas Gerais (2006), o importante é a capacidade de o idoso buscar a atenção em saúde bucal. Existe uma classificação que categoriza os idosos em três grupos distintos: idosos funcionalmente independentes, idosos fragilizados, idosos funcionalmente dependentes.

Portanto, a classificação funcional do idoso é de grande importância, já que o plano e a execução do tratamento vão variar em função de sua condição funcional.

5.1.2 O envelhecimento

De acordo com Veras (2008), o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas.

Conforme Veras (2008), o número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Consequentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade.

De acordo com o autor, desde 1998, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem, a cada cinco anos, incluindo o Suplemento de Saúde na PNAD. As amostras referentes aos anos 1998 e 2003 foram compostas, respectivamente, por 28.943 e 35.042 pessoas de 60 anos ou mais. Os dados da PNAD mostram que o número de consultas se amplia à medida que a população envelhece e os idosos possuem mais doenças crônicas.

De acordo com Ribeiro *et al* (2005), o envelhecimento da população mundial é um processo irreversível. Acontece tanto nos países ricos quanto nos em desenvolvimento, como no caso do Brasil. Projeções demográficas apontam que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população geriátrica do mundo. Apesar de ser uma grande conquista, a maior longevidade dos brasileiros traz para a sociedade a responsabilidade de propiciar aos seus cidadãos qualidade de vida e bem-estar durante a velhice.

As repercussões do envelhecimento para o setor saúde são grandes. Os idosos, ao contrário das crianças, apresentam mais doenças do tipo crônico degenerativo. Essa mudança no padrão de doenças denominada “transição epidemiológica” provoca um aumento nos custos do setor saúde.

Observa-se, porém, a falta de uma política efetiva na promoção da saúde, pois se as pessoas tiverem um envelhecimento ativo, não haverá aumento de custos.

Segundo a Organização das Nações Unidas, nos países em desenvolvimento os idosos são aquelas pessoas de 60 anos e, nos países desenvolvidos, considera-se como idade limite 65 anos. Essa delimitação cronológica tem como finalidade estabelecer o acesso a políticas de saúde pela população. Ou seja, em termos de capacidade para a execução das AVD's (atividade de vida diária) ela tem pouca utilidade.

Assim, conforme Veras (2008), o levantamento da PNAD sobre a saúde da população idosa no Brasil indica que houve, entre o período de 1998 e 2003, uma melhoria das condições de saúde das pessoas de 60 anos ou mais. As causas que justificam esta redução são multifatoriais, como a melhoria da tecnologia médica, maior acesso aos serviços de saúde, mudanças comportamentais, aumento do nível educacional e do status socioeconômico dos idosos, consequência dos programas sociais de transferência de renda focados nos mais pobres, como a ampliação do programa Bolsa Família, o

benefício de prestação continuada, a aposentadoria rural e o aumento do valor do salário mínimo.

Segundo Veras (2008), as pesquisas da PNAD também desmistificam a ideia de insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao avaliar o atendimento recebido, uma expressiva maioria dos idosos aprova o serviço prestado, e apenas 2,9%, no ano de 1998, e 3%, em 2003, acham o seu funcionamento ruim ou muito ruim.

Outra constatação da PNAD pouco difundida refere-se à semelhante distribuição na proporção de pessoas com doenças crônicas para todos os grupos de renda na população. Dessa forma, pobres e ricos possuem números semelhantes de doenças crônicas.

Para Veras (2008), os dados comparativos da PNAD deveriam estimular o setor saúde a desenhar e/ou ampliar os modelos mais contemporâneos, que oferecessem maior resolutividade e de custo mais adequado do que é disponibilizado nos dias atuais.

5.1.3 Envelhecimento da cavidade bucal

Segundo Ribeiro *et al* (2005), em relação à cavidade bucal, os dados são bastante conflitantes. Dados que fornecem boas evidências sobre o envelhecimento devem ser obtidos mediante estudos longitudinais. Existem poucos estudos desse tipo. A maioria dos estudos sobre envelhecimento da cavidade bucal compara grupos de idosos com adultos, devendo ser avaliados com cautela, pois o envelhecimento é um processo individual e sujeito à influência de vários fatores.

Algumas alterações descritas na literatura sobre mudanças ocorridas nas estruturas bucais com o envelhecimento:

Dentes: apresentam alterações de forma e aparência. As cúspides se desgastam devido à atrição. A diferença de altura entre incisivos centrais e laterais diminui pelo desgaste fisiológico. Ocorre uma diminuição do arco dental por causa do desgaste dos pontos de contato. Os dentes se tornam mais escurecidos graças à deposição de dentina secundária e também à pigmentação. Ocorre um aplainamento da superfície dentária. O número de células e irrigação da polpa dentária diminui, fazendo com que a capacidade de

resposta a injúrias seja reduzida. O aplainamento da superfície oclusal facilita a higienização desse sítio, promovendo uma redução da incidência de cárie neste local. Gengiva: ocorre a recessão gengival, que pode apresentar-se acentuada em função de história de doença e tratamento periodontal anterior trauma oclusal ou escovação incorreta. Língua: o número de botões em uma papila gustativa diminui com o envelhecimento. O limiar gustativo tende a aumentar gradualmente com a idade, tanto para avaliação qualitativa como. O número de botões por papila reduz de 200 na idade adulta para 99 aos 74 anos. A higiene da língua no idoso, portanto, assume grande importância. Os acúmulos de saburra associados a problemas comuns a esse grupo como a xerostomia e a diminuição do olfato reduzem o prazer com a alimentação. Glândulas salivares: ocorre degeneração e atrofia dos ácinos, e o ducto sofre poucas alterações morfológicas e a redução do fluxo gengival é inconsistente. Alterações no fluxo salivar no idoso parecem relacionar-se mais ao uso de medicamentos. Mucosa: ocorre uma redução na camada de células do epitélio e também uma redução na queratinização. A mucosa se torna mais friável e sujeita a traumas.

5.1.4 Aspectos psicológicos e sociais do envelhecimento

Conforme Ribeiro *et al* (2005), durante o envelhecimento, observam-se mudanças das estruturas sensoriais, cognitivas (aprendizagem, memória e inteligência) e psicológicas. Tais mudanças, quando acompanhadas de alterações patológicas, podem limitar as AVDs, repercutindo no bem-estar e na qualidade de vida do idoso. Mudanças no papel social como aposentadoria, morte do cônjuge, casamento dos filhos e doenças exigem que o idoso se adapte as novas situações. O autoconceito e auto-imagem precisam nessas ocasiões ser revistos como forma de assumir novos papéis. Assim, para alguns a perda no papel social terá profundo impacto na auto-estima e no autoconceito.

De acordo com Neri (2001), o envelhecimento, diminui a plasticidade comportamental, definida como a possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio (por exemplo, por novas aprendizagens) e diminui a resiliência, definida

como a capacidade de reagir e de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos estressantes (por exemplo, doenças e traumas físicos e psicológicos).

As limitações decorrentes do envelhecimento podem se minimizadas pela ativação das capacidades de reserva do organismo, dependendo do grau de plasticidade individual permitida pela influência conjunta de variáveis genético-biológicas, psicológicas e socioculturais (NERI, 2001, p. 29).

Em relação ao envelhecimento social, Mazo *et al* (2004) ressaltam que ele ocorre de formas diferenciadas culturas diversas e estar condicionado a capacidade de produção do indivíduo, tendo a aposentadoria como seu referencial, mas marcante. *Intelectual*, quando o indivíduo apresenta falhas na memória, dificuldades na atenção, na orientação e na concentração, enfim, apresenta modificações desfavoráveis em seu sistema cognitivo. E o *funcional*, quando o indivíduo começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou de suas tarefas habituais.

Segundo Ribeiro *et al* (2005), a história social do idoso possibilita o entendimento de seu momento de vida. Procurar manter-se informado sobre mudanças observadas em relação à higiene, queixas subjetivas e expectativas em relação ao tratamento. Assim, as mudanças cognitivas do envelhecimento tornarão a aquisição dos conhecimentos necessários à manutenção da saúde bucal menos eficiente. Para alguns autores, a educação da população para a saúde bucal é o pilar de atuação THD. Ao informar o usuário geriátrico, o THD deve disponibilizar as informações passo a passo. Deve-se dedicar mais tempo com o idoso, repetindo as informações e procurando ouvi-lo.

Conforme Ribeiro *et al* (2005), as desordens neurodegenerativas ou demências vêm aumentando em prevalência devido à maior longevidade da população, sendo a mais comum de todas a doença de Alzheimer. Portanto, o tratamento odontológico restaurador deve ser realizado logo após a confirmação do diagnóstico, sendo também de fundamental importância a adoção de estratégias individuais de prevenção. Essas medidas devem ser adequadamente prescritas pelo dentista para os diferentes estágios da doença.

5.2 Planejamento do tratamento odontológico de idosos em PSF

O planejamento na organização das ações e serviços de saúde cria a possibilidade de compreender os principais problemas e necessidades da população.

Conforme o Ministério da Saúde (2008), o êxito do planejamento depende da implicação de profissionais, lideranças e/ou representantes da comunidade. Além da compreensão do “porque” planejar, é preciso saber “como planejar”. Não se planeja individualmente, o planejamento necessita ser realizado em linguagem compreendida e compartilhada por todos, objetivando a parceria em todos os momentos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica é necessário destacar a importância da utilização da Epidemiologia. Com ela pode-se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos.

Para subsidiar o planejamento, o Ministério da Saúde (2008) recomenda a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco.

Portanto, o Ministério da Saúde (2008) que a rotina de trabalho das Equipes Saúde da Família inclua processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação.

Assim, compõem estes processos: A realização e atualização de mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade; O cadastro das famílias e a atualização constante das informações; A identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade; A análise situacional da área de abrangência; Acompanhamento mensal das famílias, a partir de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e equipe (quando necessário), bem como análise de informações e indicadores de saúde da área de

abrangência; Interlocução com conselho local ou municipal de saúde;
Desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade.

Planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, garantindo direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos. Isto evita que o planejamento seja transformado em um plano estático, que depois de elaborado em um determinado momento, não é mais atualizado ou reorientado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 15).

5.2.1 Conhecimento da realidade

O Brasil hoje conta com um alto índice de idosos em sua população. Com isso, há uma necessidade de atendimento à saúde desse grupo de forma mais ativa, pois, esse grupo tem sido excluído das programações de saúde bucal em nível coletivo.

No ano de 1988, em levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), delineou que cerca de 20 milhões de brasileiros, em 160 milhões nunca foram ao dentista, isto representa 12,5% das pessoas.

De acordo com Ribeiro *et al* (2011), no planejamento de atenção básica e de promoção da saúde devem ser incluídas as repercussões odontológicas de doenças sistêmicas como diabetes, hipertensão, demências, etilismos, fumo e exposição prolongada ao sol, pois essas doenças e comportamentos possui repercussões na saúde bucal dos idosos.

Através do Projeto SB Brasil em 2003 foi mostrado a situação real da saúde bucal dos brasileiros, porém, dos aspectos citados merece destaque a saúde bucal dos idosos. Os brasileiros na faixa etária de 65 a 74 anos possuem 92,95% dos dentes perdidos. Como consequência deste quadro tem 23,81 % da população brasileira necessitando de prótese total inferior e 16,15% necessitando de prótese total superior. Sabe-se que este perfil esta sendo modificado lentamente, porém, diante das evidências deste levantamento a perda dentária entre os brasileiros ainda é grave e o edentulismo continua a ser predominante entre os idosos.

Os programas direcionados aos idosos são escassos, e as pesquisas epidemiológicas mostram uma situação preocupante, porque sem renda para utilização de serviços privados e sem prioridade nos serviços públicos, os idosos apresentam muitos problemas bucais, como cáries, doenças periodontais, lesões bucais e necessidade de próteses.

Em levantamento feito nos estudos de Shinkai e Cury (2000), em vários municípios, verificou-se uma prevalência muito grande de edentulismo, uso de próteses dentárias e alterações gengivais. Outros achados relevantes foram periodontite severa, candidíase, provocada pelo uso de dentadura e por falta de higiene bucal, e hiperplasia no palato em razão da prótese total com câmara de sucção.

Para os autores, todos esses estudos delineiam um quadro de alta prevalência de edentulismo, cáries dentárias e periodontopatias, refletindo o fracasso ou a inexistência da assistência odontológica para a população idosa analisada (Pucca Jr., 1996). Além disso, como observado por Rosa et al. (1992), a prevenção em odontologia só passou a despertar interesse no Brasil no final da década de 70, o que poderia explicar, em parte, os baixos níveis de saúde bucal no idoso. Por esse raciocínio, os efeitos das medidas odontológicas preventivas só serão mais evidentes em gerações futuras de idosos brasileiros.

A saúde bucal dos idosos brasileiros quanto ao uso de necessidade de prótese é outro fator preocupante, de acordo com o Projeto SB Brasil (2003), os idosos entre 65 a 74 anos perderam 92,95% dos dentes, portanto a prótese é necessária para reabilitar este indivíduo superando a sua incapacidade funcional mastigatória, de deglutição, fonação e aparência. Com a reabilitação este idoso deixará de ter uma imagem fragilizada de um indivíduo desdentado, com bochechas murchas, nariz grande e mento protruso. Esta imagem do idoso traduz o desamparo de grande parte de nossa população idosa e necessita de uma atenção especial para reversão deste quadro.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o idoso requer uma avaliação global, que frequentemente envolve a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas. A compreensão

da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social.

A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 62).

Os estudos de Reis e Marcelo (2005) relatam sobre a percepção de idosos de ambos os sexos e com idade variando de 60 a 90 anos, quanto à velhice e quanto à sua saúde bucal. Essas autoras científicaram que quanto à percepção da velhice e da saúde bucal, os idosos tinham visões distintas com imagens positivas e negativas, tendo em sua maioria, certa dificuldade em falarem sobre saúde bucal.

Almeida *et al* (2007) ressaltam condições precárias de saúde bucal nas quais se encontram a população idosa no Brasil, em que há uma prevalência acima de 60% de edentulismo em todos os municípios estudados.

Almeida *et al* (2007) apontam em seus estudos a condição dentária e periodontal, o uso e necessidade de prótese e a presença de lesões associadas ao uso de prótese em idosos. Os autores ressaltam as elevadas prevalências de problemas bucais, com necessidade de tratamento odontológico e ainda, a necessidade de programas de saúde bucal que atendam às necessidades específicas da população idosa.

Silva e Saintran (2006) realizaram uma pesquisa referente ao período de 2000 a 2002, com o objetivo de comparar o perfil epidemiológico dos adultos e idosos atendidos no curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, do Estado do Ceará, concluindo que os pacientes com idade superior a 60 anos, em sua maioria, são indivíduos que requerem uma abordagem odontológica mais complexa. Com o aumento da idade, desenvolvem-se inúmeras alterações fisiológicas e/ou patológicas que influenciam no

tratamento odontológico, observando-se que, quanto mais adiantada 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 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. Para as autoras, o sucesso de um tratamento odontológico no idoso pode ficar comprometido se houver negligência desses fatores.

Segundo Ribeiro *et al* (2011), a análise dos dados do SB Brasil 2003 e 2010 mostraram que as perdas dentárias são mais frequentes na arcada superior. Os elementos dentários inferiores, especialmente os anteriores, permanecem na arcada após a extração dos superiores.

Observou-se nos artigos analisados que o edentulismo foi considerado um valor alto nos estudos dos autores e apontaram deficiências no atendimento prestado pelo serviço público de saúde bucal, revelando pouca resolutividade.

5.2.2 Prioridades

Para Ribeiro *et al* (2005), na avaliação clínica do idoso, sua fisionomia pode revelar alterações bucais como, perda de dimensão vertical, protrusão do mento e aprofundamento do sulco nasolabial por falta de suporte labial devido a perda de elementos dentários.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a equipe de saúde deve ficar atenta para ocorrências de sinais e sintomas que chamam a atenção e que podem indicar a necessidade de avaliação do idoso pela equipe de saúde bucal, tais como: Dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos; Queixa de dor ou desconforto; Costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, líquidos ou tenros e refugando os que necessitam de mastigação; Queixas no momento da higiene oral ou da manipulação da sua boca; Resistência ou recusa à realização da

sua higiene bucal; Mau hálito; Boca seca ou ardência bucal; Feridas na boca; Sangramento gengival.

Conforme o Ministério da Saúde (2006), as condições bucais relevantes mais comuns são: cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos moles, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal adaptada. Deve ser realizado um exame criterioso para detecção destas condições e seus fatores determinantes.

A perda dos elementos dentais traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a auto-estima, podendo acarretar a necessidade de uso de dieta pastosa e, às vezes, cariogênica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 62).

Na promoção da alimentação saudável, o Ministério da Saúde (2006), orienta sobre a dieta é importante, pois o edentulismo pode contribuir para uma dieta inadequada (alimentos pastosos ou líquidos geralmente ricos em carboidratos e pobres em fibras e vitaminas). Uma alimentação rica em sacarose é fator de risco para desenvolvimento de cárie e outras doenças. Portanto, é necessário buscar conhecer os hábitos alimentares dos usuários para, dentro das possibilidades, construir uma proposta de alimentação menos cariogênica.

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2006), a halitose requer abordagem multidisciplinar. Causas: hábitos alimentares, xerostomia e má higiene bucal. A saburra lingual (placa esbranquiçada no dorso da língua) é também causa de halitose. A limpeza da língua pode ser feita com gaze embebida em solução, escovação ou raspadores de língua sempre de modo delicado para não provocar náuseas.

Segundo Ribeiro *et al* (2005), outra condição comum em pacientes idosos é a xerostomia, que deve ser considerada no planejamento integral, em função do impacto que apresenta para a saúde bucal (cárie, candidose, fissura labial, monilíase oral) e qualidade de vida do idoso.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a falta de saliva é uma queixa comum entre os idosos. Além de manifestação comum ao envelhecimento normal, pode ser causada por medicamentos, falta de ingestão

de líquidos, estresse e tratamento com radiação. A xerostomia causa maior risco à cárie dentária, incômodo no uso da prótese, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldades na mastigação, deglutição e fala. A ocorrência de disfunções salivares no idoso, muitas vezes está relacionada ao alto consumo de medicamentos.

Para Ribeiro *et al* (2005), a avaliação do fluxo salivar deve ser uma rotina no planejamento dos pacientes idosos. Deve-se orientar o paciente a estimular o fluxo salivar, bebendo mais água.

Quanto à prótese dentária, o Ministério da Saúde (2006), orienta sobre a higiene da prótese e a importância do auto-exame periódico: ao perceber alteração de cor e/ou textura na mucosa deve-se buscar atenção profissional. Orientar aos usuários sobre a importância de se realizar avaliação profissional periódica da prótese (funcionalidade, estética e conforto) e das alterações teciduais associadas.

Para Shinkai e 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 (LACOPINO, 1997; REYNOLDS, 1997). A manutenção precária da saúde bucal nesses pacientes pode levar a graves complicações de ordem local (cáries extensas, periodontopatias progressivas, lesões de mucosas e infecções oportunistas) e de ordem sistêmica.

Portanto, diagnosticados os potenciais problemas e riscos do paciente idoso, a equipe odontológica pode tomar medidas preventivas específicas para cada caso, como reorientação de higiene bucal, limpeza profissional, fluoroterapia e uso de agentes químicos antimicrobianos.

Com isso, a Estratégia da Família tem por objetivo a criação de vínculos de compromisso compartilhados entre comunidade e serviços de saúde e a integralidade de suas ações, ou seja, deve ter profissionais direcionados para a

interdisciplinaridade, no sentido de entender o idoso como um ser completo, atendendo as carências desta faixa etária que são muitas.

Veras (2008) realizou um estudo com o objetivo de discutir as consequências sociais e, particularmente, da saúde, decorrentes da ampliação do número de idosos no Brasil. Utilizou-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 1998 e 2003, que indicam melhoria das condições de saúde dos idosos e uma distribuição de doença crônica semelhante para todos os grupos de renda. O estudo de Veras (2008) visa ainda, estimular a discussão para a necessidade de políticas públicas efetivas de manutenção da capacidade funcional dos idosos, de novas estratégias de prevenção e atenção integral, e de foco inovador no cuidado do idoso.

5.2.3 Programas

Segundo Veras (2008), sabendo-se que é grande a parcela de pessoas idosas não fragilizadas, portanto, com boas condições de saúde, a maioria em idade mais avançada e com renda, em média, superior ao conjunto da população, poder-se-ia propor uma política com foco na manutenção da capacidade funcional, em programas de prevenção, no investimento de metodologias para a detecção precoce de doenças, no monitoramento das doenças crônicas, no sistema do médico personalizado, entre outras medidas, em lugar do modelo de demanda espontânea que tem no hospital a peça central do sistema.

Portanto, segundo Veras (2008), a ênfase deve ser conferida à manutenção da capacidade funcional na busca da “compressão da morbidade”, termo cunhado por Fries (1980). Significando desenvolver estratégias que visem postergar a morte ao máximo possível, retardando a evolução das doenças, a fim de levar a vida para o limiar mais próximo possível do limite máximo da existência da espécie humana, mas com qualidade de vida, com autonomia e independência, ou seja, com capacidade funcional.

Sendo assim, o acesso as Unidades Básica de Saúde deve ser facilitado para o idoso, ou se necessário receber atendimento domiciliar. No caso de idosos acamados é importante orientar o cuidador, para que ele possa auxiliar

nos cuidados a este idoso. Lembrando sempre que estes cuidados englobam a saúde bucal e geral do idoso.

Conforme o Ministério da Saúde (2008), a centralização na família remete ao conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas, bem como do reconhecimento da família como espaço singular.

A Atenção Básica em Saúde Bucal tem de se organizar melhor para oferecer um serviço adequado a esta faixa etária, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Deve ainda, buscar conhecer a realidade das famílias nos aspectos físicos, sociais, mentais, demográficos e sociais, identificando os problemas de saúde prevalente, planejando, organizando e desenvolvendo ações individuais e coletivas e avaliando de forma constante os resultados.

Costa e Ciosak (2010), realizaram um estudo com o objetivo de analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre atenção integral e necessidades de saúde dos idosos, do Programa Saúde da Família (PSF), no município de Santos, as autoras observaram através de seus estudos que a população idosa que vive na região central no município de Santos, apresenta condições precárias de moradia e dificuldades para procurar os serviços de saúde, devido ao acesso topográfico e as enfermidades, observaram ainda, que quanto aos problemas de ordem social e psicológica, existem dificuldades devido o referido PSF não contar com uma equipe multiprofissional. Os resultados dos estudos das autoras mostram a necessidade dos profissionais se reorganizarem levando em conta os recursos necessários para responder de forma flexível às necessidades de saúde dos idosos, através da atenção domiciliar, fornecendo assim, uma atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade.

5.2.4 Avaliação do planejamento

Para o Ministério da Saúde (2006), a compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de

vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social.

A Secretaria de Saúde (2006) no relata que no atendimento à saúde bucal do idoso é fundamental o trabalho conjunto da equipe de saúde, sendo importante o trabalho com os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos.

Portanto, a participação da saúde bucal nesta atenção interdisciplinar é relevante, pois visa melhorar o impacto das condições bucais de vida e bem estar dos idosos.

A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.62).

O Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria GM/MS nº 1395/99. A Saúde Bucal foi inserida na Estratégia da Saúde da Família pelas portarias Ministeriais 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001, com o intuito de buscar a reorganização da saúde bucal.

Apesar do modelo da Atenção Básica não referenciar nada sobre o idoso, o relatório final da 2ª CNSB, salienta a garantia à:

Assistência integral em todos os níveis e faixas etárias e propõe ainda garantir que os portadores de deficiência física, mental, motor a ou múltiplas, ou doença infecto-contagiosas e crônicas degenerativas tenham o seu atendimento básico executado em qualquer Unidade de Saúde da rede SUS que deverá contar com concepção arquitetônica adequada, normas e rotinas de biossegurança, e recursos humanos devidamente capacitados para tal fim (CFO, 1993:16).

Conforme Bastos *et al* (1996), a saúde bucal adquire maior importância quando se fala em qualidade de vida da população; assim, é essencial a busca de mecanismos que ampliem o âmbito de suas ações e viabilizem mudanças no perfil epidemiológico brasileiro. A luta pela saúde bucal está diretamente vinculada à melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que referenda a responsabilidade e dever do Estado em sua execução.

Sabe-se que alguns problemas odontológicos identificados nos idosos são complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida causados por uma higiene bucal deficiente, iatrogenias, ausência de ações de prevenção e o não acesso aos serviços de assistência odontológica e saúde bucal.

Sendo assim, torna-se necessário que as Políticas Públicas de Saúde voltem suas atenções para as reais condições bucais da população idosa, elaborando estratégias e ações que visem uma assistência mais adequada às necessidades sobre saúde bucal de forma mais sistematizada promovendo assim, uma melhor qualidade de vida.

6 DISCUSSÃO

Os trabalhos mostraram que embora o conceito cronológico dos idosos seja importante na delimitação de políticas públicas (OMS, 2005), devem-se considerar também outros fatores como o suporte social (RIBEIRO, 2005), a capacidade funcional (VERAS, 2008).

Em relação à cavidade bucal, os dados são bastante conflitantes (RIBEIRO, 2005) devem ser avaliados com cautela, pois o envelhecimento é um processo individual e sujeito à influência de vários fatores. Os dentes, por exemplo, apresentam alterações de forma e aparência, ocorre diminuição no arco dental, os dentes ficam mais escurecidos, há uma recessão gengival, problemas como a xerostomia, diminuição do olfato, alteração do fluxo salivar devido aos medicamentos e a mucosa se torna mais friável e sujeita a traumas. Foi observado nos artigos analisados que o endentulismo foi considerado um valor alto e os autores Costa e Ciosak (2010), Veras (2008), Shinkai e Cury (2000), entre outros, apontaram deficiências no atendimento prestado pelo serviço público de saúde bucal, revelando pouca resolutividade. Uma condição (RIBEIRO, 2005) comum em pacientes idosos é a xerostomia, que deve ser considerada no planejamento integral, em função do impacto que apresenta para a saúde bucal (cárie, candidose, fissura labial, monilíase oral) e qualidade de vida do idoso

Os dados mais abrangentes da saúde bucal dos idosos brasileiros foram mostrados pelo Projeto SB Brasil (2003). A partir destes resultados, conclui-se quanto a necessidade de implementação dos procedimentos por próteses.

Sabe-se que o Brasil hoje conta com um alto índice de idosos em sua população. Com isso, há uma necessidade de atendimento à saúde desse grupo de forma mais ativa, pois, esse grupo tem sido excluído das programações de saúde bucal em nível coletivo. Percebeu-se que os programas direcionados aos idosos ainda são escassos, o que faz com que os idosos apresentem muitos problemas bucais, como cáries, doenças periodontais, lesões e necessidade de próteses. O planejamento na organização das ações e serviços de saúde cria a possibilidade de compreender os principais problemas e necessidades da população.

De acordo com Vargas *et al* (2011), pacientes acamados, requerem uma abordagem interdisciplinar, envolvendo profissionais de saúde, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico em saúde bucal, entre outros profissionais de saúde, para que o idoso possa ser submetido a tratamento que visam o controle da infecção e da dor. O êxito do planejamento depende da implicação de profissionais, lideranças e/ou representantes da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), recomenda a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco.

No planejamento de atenção básica e de promoção da saúde (RIBEIRO, 2011) devem ser incluídas as repercussões odontológicas de doenças sistêmicas como diabetes, hipertensão, demências, etilismos, fumo e exposição prolongada ao sol, pois essas doenças e comportamentos possui repercussões na saúde bucal dos idosos.

A Atenção Básica em Saúde Bucal (MINISTÉRIO AS SAÚDE, 2008), tem de se organizar melhor para oferecer um serviço adequado a esta faixa etária, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação buscando conhecer a realidade das famílias nos aspectos físicos, sociais, mentais, demográficos e sociais, identificando os problemas de saúde prevalente, planejando, organizando e desenvolvendo ações individuais e coletivas e avaliando de forma constante os resultados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos realizados destacaram a importância do planejamento de ações de promoção à saúde bucal direcionados aos idosos.

Observou-se que a saúde bucal está associada à saúde geral e que os principais problemas e dificuldades que vêm sendo vivenciado pelas equipes de saúde bucal não são exclusivos da odontologia enquanto campo de saúde, mas refletem o que se apresenta na implementação do PSF como um todo. Os profissionais de saúde devem estar capacitados para realizar seu trabalho, na busca do entendimento do processo do envelhecimento, a fim de que possam enxergar, cada vez mais, a singularidade em cada idoso; os serviços de saúde necessitam de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira idade, dentre os quais se situa o edentulismo, a fim de que se ofereça um serviço de reabilitação eficaz a este grupo etário, assim como programas para idosos acamados.

Conclui-se que é necessário fazer uma reorganização do serviço de saúde bucal, em especial, definindo ações específicas para a atenção a saúde bucal dos idosos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA MI *et al.* **O papel da saúde bucal na promoção da saúde do idoso.** http://www.fo.usp.br/revistas/odontologiaesociedade/ods2007_3_1.pdf. Acesso: 05/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Série A. **Normas e Manuais Teóricos.** 1ª edição. Brasília/DF, 2008.

CAMARANO, A. A., MEDEIROS, M. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

COSTA, Maria Fernanda B.N.A. da; CIOSAK, Suely I. **Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde.** Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):437-44 www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso em: 05/08/2011

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

GEERTZ, C. **O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem.** In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro, Guanabara, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 20 de Outubro de 2011.

LASLETT, P. **What is old age? Variation over time and between cultures. International studies indemography: health and mortality among the elderly, issues for assessment.** New York: Oxford University Press, 1996.

MAZO, Giovana Zarpellon. Et al. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** 2º ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais, 2004.

NERI, Anita L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. 3ª Edição. Campinas, SP: Papyrus, 2001

REIS, S. C. G. B e MARCELO, V. C. **Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos**, Goiânia, 2005. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n1/2964.pdf>. Acesso em: 06/08/2011.

RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. **Envelhecimento e Saúde Bucal**, 2005. Saúde Bucal: Usuários com Necessidades Especiais e em Condições Especiais na Atenção Primária. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE MINAS GERAIS. Atenção em Saúde bucal. -2 Ed- Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 169-173.

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

SILVA, Andréia Lobato da S; SAINTRAIN, Maria V. de L. **Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica**. Faculdade de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza – UNIFOR – Rev Bras Epidemiol 2006; 9(2): 242-50 Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0565.pdf. Acesso: 24/09/2011.

VARGAS, A.M.D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M.T.F. **Saúde bucal: Atenção ao Idoso**. Belo Horizonte. Nescon/UFMG, 2011.

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Universidade Aberta da Terceira Idade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008. Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54 Disponível em: WWW.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf Acesso em: 24/09/2011.