

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

**CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL DE CUIDADORES DE  
IDOSOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**Ariane Rodrigues do Carmo Lopes**

**Teófilo Otoni – MG  
2011**

**Ariane Rodrigues do Carmo Lopes**

**CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL DE CUIDADORES DE  
IDOSOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

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

Orientadora: Lia Silva de Castilho

**Ariane Rodrigues do Carmo Lopes**

**CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL DE CUIDADORES DE  
IDOSOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

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

Orientadora: Lia Silva de Castilho

Banca Examinadora

Prof. Lia Silva de Castilho  
Prof. Eulita Maria Barcelo

Aprovado em Belo Horizonte: 18/06/2011

“Peço-te o prazer legítimo  
E o movimento preciso  
Tempo tempo tempo tempo  
Quando o tempo for propício  
Tempo tempo tempo tempo...”

Oração ao tempo – Caetano Veloso

## RESUMO

O Brasil poderá ser em breve, o sexto país do mundo em número de idosos. Esta população apresenta características próprias relacionadas à sua fisiologia e aos problemas de saúde mais freqüentemente vivenciados. Essas características levam os idosos, em alguns casos, a necessitar de alguém para auxiliá-los em atividades que antes pareciam de simples execução. Dentro deste quadro surge a ocupação de “cuidador de idosos”. Grande parte destes profissionais não possui a devida capacitação e o despreparo resulta em desgaste tanto para o ser cuidado, quanto para o cuidador. O trabalho a ser apresentado visa desenvolver uma revisão da literatura sobre os conhecimentos sobre saúde e promoção de saúde bucal de cuidadores envolvidos na atenção à população idosa.

**Palavras-chave:** terceira idade, saúde bucal, cuidadores.

## **ABSTRACT**

The Brazil might be soon, the sixth country in the world in number of elderly. This population presents characteristics related to your physiology and health problems most often experienced. These characteristics bring the elderly, in some cases, you need someone to help them in activities that before seemed simple implementation. Within this framework the profession of "caregiver elderly". Large proportions of these professionals do not have adequate training and preparation results in wear for both be careful, as for the caregiver. The work to be presented aims to develop a review of Brazilian literature on knowledge about health and promoção de saúde bucal de caregivers involved in attention to the elderly population.

Keywords: elderly, dental health, caregivers.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	
<b>3.1 saúde bucal na terceira idade .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 A necessidade da promoção da saúde bucal .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 A necessidade de cuidados e cuidadores.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4 O cuidador diante do idoso demente .....</b>	<b>22</b>
<b>3.5 O apoio de uma equipe multidisciplinar .....</b>	<b>24</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue atender plenamente à resolução das necessidades de saúde, em especial necessidades odontológicas, de determinados grupos especiais (no caso, a população idosa) graças à insuficiente formação técnica de sua mão de obra e, em alguns casos, devido à precariedade de recursos humanos, administrativos e/ou financeiros destinados para o fim.

Atribui-se este fato como um dos principais motivos pela preferência da extração de dentes que poderiam ser recuperados, já que tal alternativa é considerada a mais prática e, também, mais econômica. Como resultado, idosos que perdem a dentição se vêem impossibilitados de recompor as perdas com as próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros. Além disso, para aqueles que fazem uso destas, permanecem com sua utilização por mais tempo que o recomendado.

Os dados preliminares do SB Brasil 2010 (Brasil, 2010) demonstram melhoria nos indicadores de saúde bucal da população brasileira, principalmente na população adulta, com redução na demanda por próteses. Entretanto, o grande problema ainda se concentra na população entre 65 a 74 anos. Nesta população, o CPOD aparentemente não se alterou com média de 27,1 em 2010 (em 2003 a média era de 27,8) com a maioria dos elementos correspondendo ao componente extraído. Até a publicação da “Nota para a Imprensa” em 28 de dezembro de 2010, cerca de mais de 3 milhões de idosos que necessitavam de prótese total em pelo menos um maxilar e mais de 4 milhões que necessitavam de prótese parcial. De 2003 para 2010 a proporção de idosos que necessitam de próteses totais caiu de 24% para 23% e de 16% para 15% para os que necessitam de próteses parciais. Em relação aos problemas gengivais, que de modo geral avançam com a idade, os resultados do SB Brasil 2010 demonstram que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

Por muito tempo, os serviços públicos promovidos pelo SUS voltados para a saúde bucal possibilitaram à população brasileira um atendimento basicamente curativo, apesar de mutilador, de custo elevado, de mínima cobertura e baixo impacto epidemiológico. A partir daí, devido à necessidade, criou-se uma enorme procura por tratamentos adequados e eficazes mesmo para os casos de maior complexidade. A incapacidade estatal de suprir esta necessidade é preenchida pela iniciativa privada restrita apenas àqueles que podem pagar pelos serviços. Por isso, a odontologia apesar de apresentar soluções tecnológicas avançadas e satisfatórias para o problema da perda dentária se restringe apenas para aqueles que tenham

condições financeiras para bancarem o tratamento reabilitador. A reabilitação em odontologia é vista como um serviço privado e por isso a população não cobra medidas específicas do aparelho estatal (MELLO, 2008).

Devido a esta tamanha demanda aliada à necessidade de ampliação do acesso de tais tratamentos, criou-se, em 2003, o Projeto Brasil Sorridente, integrando uma Política Nacional de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde (SUS), fato inédito no Brasil (MELLO *et al.*, 2008).

Sabe-se que com o avançar da idade, surgem sensíveis alterações no estilo de vida, seja por problemas de saúde, por carência, por desinteresse familiar ou mesmo pelo processo fisiológico do envelhecimento. Essas mudanças criam necessidade da contratação de alguém para auxiliar o idoso em atividades que antes pareciam de simples execução.

Partindo deste pressuposto, surge a ocupação de “Cuidador de Idosos”, antes conhecido como “dama de companhia”, uma vez que a família, em sua rotina, não encontra tempo ou disposição para tal tarefa.

No entanto, na maioria das vezes, os cuidadores não possuem qualquer capacitação, fato que gera um desgaste tanto para o ser cuidado, quanto para o cuidador. E isto deveria repercutir em objeto de preocupação de toda a classe odontológica, assim como nos serviços oferecidos pelo SUS.

Além disso, em relação à realidade odontológica da população idosa do nosso país, infelizmente, em curto prazo, não se vislumbra uma mudança significativa do quadro relatado anteriormente. Os incentivos para a instalação de unidades de confecção de próteses totais e parciais se mostram insuficientes, os cirurgiões-dentistas que trabalham na rede pública se mostram despreparados para o enfrentamento da hercúlea tarefa de reabilitar a população edentada.

Finalmente, técnicas convencionais de confecção de próteses totais (sobretudo as próteses inferiores) não conseguem a aderência de 100% dos edentados devido à perda do rebordo ósseo dificultando a adaptação do usuário (COLUSSI *et al.*, 2004).

Na verdade, os próprios cirurgiões-dentistas reconhecem que não possuem conhecimentos científicos suficientes para a abordagem odontológica do paciente idoso. A falta de conhecimento e capacitação prática dos profissionais de saúde diminuem o seu poder de ação e diminuem o valor dado ao cuidado e à saúde desta população (MELLO & ERDMANN, 2007).

Este trabalho tem como objetivo realizar um levantamento da literatura atual sobre os conhecimentos sobre promoção de saúde bucal de cuidadores de idosos produzidos em língua portuguesa.

## **2 METODOLOGIA**

Essa revisão da literatura procura investigar conceitos sobre saúde bucal e grupos operativos na saúde e foi realizada a partir de buscas nas seguintes bases de dados: BBO, LILACS e MEDILINE e teve como critério de inclusão o idioma português.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1. Saúde bucal e a terceira idade**

De acordo com a Constituição Brasileira (na Seção II, Artigo 196), sobre a questão da saúde, encontra-se:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Para Custódio (2007), a relação entre saúde e doença, por ser abstrata, é difícil de definir, pois se refere a eventos complexos e antagônicos, cujos significados podem variar de acordo com a realidade individual.

De acordo com Silva e Fernandes(2001), idoso é o indivíduo que apresenta sessenta anos ou mais. Na sociedade atual, o tema “idoso” é bastante difundido, mas a atitude da sociedade em relação ao indivíduo em si é ambígua por não se encarar tal fase como fato que merece respeito e atenção. E o momento em que começa a velhice é mal definido e varia de acordo com as sociedades, as épocas e lugares e as condições físicas e mentais.

A velhice é uma realidade de difícil definição, é um fenômeno biológico, acarreta conseqüências psicológicas, e é associada ao aparecimento de certos comportamentos considerados próprios da velhice. Tem uma dimensão existencial, pois modifica o relacionamento do indivíduo com o tempo e, em conseqüência, o seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. (SILVA e FERNANDES, 2001, p. 41).

Envelhecer não é uma doença. É fato, entretanto, que o corpo passa a ser mais susceptível à instalação dos eventos mórbidos. A doença é sentida e o corpo se defende. Já a percepção em saúde bucal está associada aos aspectos físicos (dores) e subjetivos (vergonha

de não ter dentição ou apresentar uma precária) e é influenciada por fatores sociais e econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo. Assim, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, uma vez que esta não foi percebida separada da saúde geral. (MARTINS *et al*, 2008).

Silva e Fernandes (2001) alegam que o processo de envelhecimento se caracteriza por provocar no indivíduo alterações morfológicas, funcionais e psicológicas, diminuindo a sua capacidade de adaptação a mudanças no seu meio ambiente. A presença de saúde bucal é associada (por muitos idosos) à realização de consultas ao dentista, pois há a crença que a odontologia tem como objetivo o cuidado com o tratamento de doenças e não com a promoção de saúde.

Apesar desta constatação e da demanda por serviços odontológicas destacadas nos últimos levantamento epidemiológicos realizados no país como um todo, a utilização dos serviços odontológicos ainda é pequena. Pesquisas mostram que durante o envelhecimento, a visita ao médico aumenta, enquanto ao dentista diminui (MELLO, 2008).

Além disso, a saúde bucal (para muitos idosos) é fortemente associada à estética e, por este motivo, freqüentemente são utilizados para a sua higienização a escova dental, esponja de aço, escova de lavar roupa, raspagem, água sanitária, sabão de coco e, finalmente, creme dental. (PEREIRA e BONACHELA, 2003).

De acordo com Silva e Fernandes (2001), há vários significados associados à qualidade de vida. Além disso, para Vargas e Paixão (2005), este tema também está relacionado, principalmente, com o custo/benefício decorrente à manutenção da vida de enfermos crônicos e/ou terminais. O fato é que deve ser analisada tanto do ponto de vista do bem-estar e dos direitos individuais, quanto dos interesses e valores da sociedade.

Na área médica, a expressão usada é “qualidade de vida em saúde”, centralizando suas ações na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Na economia, é associada com renda per capita, que funciona como um indicador do grau de acesso das populações aos benefícios da educação, da medicina e dos serviços sociais. Na sociologia, o conceito é mais abrangente e inclui um conjunto de indicadores econômicos e de desenvolvimento sociocultural identificados como nível ou padrão de vida de uma população. Em política, o conceito chave é o da equidade na distribuição das oportunidades sociais. Em psicologia, a referência mais forte é a experiência subjetiva de qualidade de vida, representada pelo conceito de satisfação (VARGAS e PIAXÃO, 2005, p. 56).

Atualmente, há a preocupação com o conceito dentro de um campo que valorize não apenas o controle de sintomas, mas a diminuição da mortalidade, ou seja, o aumento da

expectativa de vida. O termo qualidade de vida refere-se a algo muito mais amplo que saúde, é um processo dinâmico e difícil de mensurar. O rápido envelhecimento da população é uma realidade, e assim, torna-se imprescindível a adoção de políticas sociais que possam suprir as necessidades relativas à assistência social e de saúde, para garantir aos idosos uma melhor qualidade aos anos de vida, que têm aumentado nas últimas décadas, com o aumento da expectativa de vida (VARGAS e PAIXÃO, 2005).

Com relação à saúde bucal dos idosos, o edentulismo parece ser “natural” e inevitável (VARGAS e PAIXÃO, 2005). Essa constatação também é verdade entre os cuidadores de idosos entrevistados por Saliba et al., (2007) em Araçatuba. Portanto, este quadro pode ser reflexo de uma política preventiva deficiente, que deveria ser direcionada a todos os grupos etários e a todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente na atenção ao idoso.

Dentro dessa realidade, para Colussi e Freitas (2002), o estado de saúde bucal dos idosos, assim como o aumento da expectativa de vida têm despertado a atenção de estudiosos adquirindo maior importância nos últimos anos, tanto nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, visto que essa faixa da população cresce continuamente.

Dessa forma, com vistas à elaboração de estratégias que promovam saúde de idosos institucionalizados, torna-se necessário conhecer a real situação de saúde bucal nesse grupo populacional.

De acordo com Vargas e Paixão (2005), a preocupação com a qualidade de vida na terceira idade ganhou relevância nos últimos 30 anos, a partir do momento em que o crescimento do número de idosos e a expansão da longevidade passaram a ser alvo de pesquisas em um número crescente de estudiosos nas mais variadas sociedades.

Para Sheiham (2000), a longevidade e uma boa qualidade de vida na velhice não são apenas atributos do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual: são produtos da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade também mutante:

Pode-se dizer que sua conceituação constitui-se em parâmetro ou ideal, cuja análise permite desvendar os valores vigentes numa sociedade, em relação ao significado da velhice no curso de vida individual, dos grupos etários e das instituições. Portanto, definir qualidade de vida na velhice implica em levar em conta critérios sócio-culturais, médicos e psicológicos, numa perspectiva de continuidade ao longo do curso de vida do indivíduo e da unidade sócio-cultural a que pertence (SHEIHAM, 2000, p. 25).

A qualidade de vida na terceira idade não só depende de condições como renda, educação, urbanização e qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos idosos. Depende de valores e atitudes sociais, de uma atenção básica e destinada aos mesmos, em que os pontos

de vista dos indivíduos e das instituições sobre o significado da velhice e sobre o grau de compromisso da sociedade com o bem estar dos seus idosos estão contextualizados (COLUSSI e FREITAS, 2002).

Por outro lado, o impacto da saúde bucal relacionado com o bem estar geral dos indivíduos e a sua qualidade de vida, de acordo com Colussi e Freitas (2002), começaram a ser analisados há poucos anos com a introdução de diversos instrumentos efetivos, válidos e confiáveis, capazes de relacionar a saúde bucal com a qualidade de vida.

Estes indicadores podem ser unidimensionais, quando avaliam apenas uma variável, como a capacidade mastigatória ou a intensidade de dor; ou, também, multidimensionais. Os multidimensionais têm sido mais utilizados por serem amplos, envolvem população adulta, geralmente de idosos, englobando diversas dimensões como dor, restrições alimentares e bem estar psicológico dos indivíduos. Ainda que exista diferença no nível de complexidade entre esses indicadores, todos buscam abordar aspectos dos efeitos das condições bucais sobre o estado funcional, social e psicológico de cada indivíduo (COLUSSI e FREITAS, 2002, p. 47).

É comum que, na terceira idade, percebam-se certas doenças o câncer, a artrite, o diabetes e o mal de Parkinson e que muitos pacientes submetidos à terapia de câncer, por exemplo, apresentam-se mal nutridos, com cicatrização alterada, perda da capacidade gustativa, diminuição da resistência às infecções, além de redução do fluxo salivar, o que pode provocar mucosites, segundo Mojan (2005).

Para Mojan (2005), as funções do sistema mastigatório também são afetadas, com os idosos apresentando uma hiperatividade da musculatura mastigatória durante a manutenção de postura e uma módica hipoatividade durante a mastigação, quando comparados a indivíduos jovens.

Dá a importância de uma atenção especial para algumas enfermidades comuns ao paciente idoso relacionadas à saúde bucal por apresentarem conseqüências múltiplas para as quais o “Cuidador” deverá estar atento, a fim de minimizar interferências no tratamento odontológico. Entre outras, pode-se destacar, segundo Castilhos e Padilha (2002): a redução da capacidade gustativa; alterações nas glândulas salivares/xerostomia; alterações no periodonto e alterações nos dentes/uso de próteses. Além disso, observa-se um aumento na incidência de cárie de raiz (MELLO, 2008).

### 3.2 A necessidade da promoção da saúde bucal

A odontologia voltada para a terceira idade recentemente foi reconhecida como uma especialidade: a odontogeriatrics. (PUCCA Jr, 2006). No entanto, ainda existem muitos desafios, principalmente no que diz respeito ao não-reconhecimento desta como parte integrante da saúde geral do indivíduo e não apenas do idoso.

Não se trata apenas de informar ao paciente que a cárie pode ser prevenida através da utilização correta de produtos contendo flúor, da limpeza adequada dos dentes e da racionalização do consumo de açúcar. Segundo Pucca Jr (2006),

Promover saúde bucal é qualquer esforço planejado para construir políticas públicas de saúde saudáveis criar ambientes que apoiem o esforço individual e comunitário de ser saudável, fortalecer a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e/ou reorientar serviços de saúde voltados para a promoção da saúde. (PUCCA Jr, 2006, p. 36).

Partindo deste pressuposto, a ausência total dos dentes também implica no impacto negativo referente à alimentação - inabilidade física. Para Pereira e Bonachela (2003), a estabilidade das próteses e uma adequada mastigação dos alimentos podem ser consideradas como fatores importantes que interferirão na qualidade de vida de pacientes desdentados.

Segundo Ferreira et al, (2006), embora a condição de saúde bucal cause impacto em vários aspectos da qualidade de vida dos idosos, o prejuízo pode ser percebido:

- . Na dimensão dor, caso haja alguma dentição a ser corrigida;
- . Na preocupação com a boca, se desdentada;
- . Na dimensão desconforto psicológico, se esteticamente desagradável;
- . No prejuízo da alimentação;
- . Na fonação;
- . Na dimensão inabilidade física.

Todavia, tais prejuízos decorrentes dos problemas causados pela falta dos dentes podem abranger, segundo Pereira e Bonachela (2003):

Não só a limitação da capacidade mastigatória e capacidade de fonação, mas também o comprometimento da aparência estética e a descaracterização da identidade facial, retratando um quadro social de menor privilégio, o que leva o paciente a se tornar uma pessoa com dificuldades de aceitação social plena, portador de um estigma. (PEREIRA e BONACHELA , 2003, p. 20).

Embora tais estudos apontem nessa direção, Barros e Bertoldi (2002) afirmam que não há uma relação direta entre a ausência de dentes e uma pior condição de saúde geral, uma vez que a ausência total dos dentes e a utilização de próteses totais removíveis inadequadas pode causar efeitos como dificuldade para relaxar, embaraço, restrição em comer determinados alimentos e até perda da vontade de sair de casa.

Infelizmente, a visão de que é natural a perda de todos os dentes com o envelhecimento pode levar os idosos a negligenciarem – por desconhecerem ou não poderem tomar providências – a sua saúde bucal. Outro problema é a limitação física, assim como problemas visuais e/ou demência, que podem comprometer o auto cuidado, resultando em altos níveis de acúmulo de placa bacteriana, de acordo com Pereira e Bonachela (2003).

Destaca-se o fato de que muitos idosos são dependentes de um cuidador para a realização da higiene bucal, cuja provisão pode ser irregular, insatisfatória e infrequente (PEREIRA e BONACHELA, 2003). Isso talvez aconteça porque a higienização bucal é vista pela população em geral como sendo de foro íntimo, dificultando e até mesmo impedindo que programas de promoção de saúde bucal sejam implantados em sua plenitude (ABREU *et al.*, 2005).

De fato, para Pucca Jr (2006), o cuidado à saúde bucal é uma construção que se dá ao longo da vida das pessoas e por isso, a formulação de políticas públicas não pode ser concretizada por meio da implementação de ações pontuais, de curto prazo, mas de modo processual, dinâmico, na perspectiva do envelhecimento saudável, respeitando integralmente as demandas de todos os ciclos da vida.

Cuidar especificamente da saúde bucal das pessoas com necessidades especiais, no caso a população idosa, faz emergir uma série de emoções. Existe a alegria, o prazer e o otimismo que são resultados da sensação de fazer o bem a si mesmo e ao outro, do sentimento de dever cumprido, resultado em sentimentos de gratidão, reconhecimento e amizade naquele que é cuidado. Por outro lado, sentimentos de angústia, tristeza, medo, dor, nojo e frustração são igualmente experienciados. Estes sentimentos são oriundos de traumas vivenciados anteriormente, da observação das péssimas condições de saúde bucal dos idosos seja pelo contato íntimo com a boca e com as próteses dentárias, pela sensação de impotência na resolução dos problemas, pela observação da ineficácia das práticas, pela pouca valorização procedimentos realizados e pela pouca demonstração de resultados positivos para os idosos (MELLO e ERDMANN, 2007).

Por outro lado, os cuidadores de idosos que realizam a higienização bucal dos mesmos regularmente relatam que estes procedimentos, embora sejam realizados com carinho e

diligência técnica, também provoca reações de ira, ríspidas e até mesmo maléficas daquele que recebe o cuidado. Essas reações são resultantes da compreensão por parte do idoso (normalmente aquele que apresenta alguma demência) de que a ação é desagradável, que prejudica o seu conforto momentâneo, interferindo na sua autonomia, causando-lhe dor ou é realizado contra a sua vontade (MELLO e ERDMANN, 2007).

A classe dos cuidadores de idosos não consegue definir se os cuidados com a saúde bucal do idoso são de fácil ou de difícil execução. O fato de considerar as estratégias de higienização bucal como fáceis significa relacioná-las a qualquer outro procedimento básico de auto-cuidado que preserve a saúde, transformando-as em ações cotidianas e reduzindo-as à simplicidade de outros procedimentos. Mesmo que, entretanto, técnicas de cuidado sejam simplificadas e, portanto, factíveis, são muitas as dificuldades que permeiam o processo, em todos os níveis: interpessoal, intra e interinstitucional, frustrando a realização do cuidado. O fácil e o difícil são propriedades concomitantes do cuidado à saúde bucal que, no seu antagonismo, representam uma contradição própria daquilo que condiciona as práticas típicas dirigidas à população idosa (MELLO e ERDMANN, 2007).

E, ao contrário do que é previsto pelas políticas públicas de saúde, percebe-se que tais cuidadores, na maioria das vezes, atribuem baixa prioridade ao cuidado com a boca dos idosos, de um modo geral. Devido a isto, a falta de controle adequado da placa bacteriana pode aumentar o risco de desenvolvimento de lesões de mucosa, da cárie dentária e até mesmo de doença periodontal (FERREIRA *et al*, 2009).

O índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados, CPOD, vem sendo largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, segundo Pereira e Bonachela (2003). Trata-se de um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações e seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos. O CPOD apresenta pouca sensibilidade para estimar o ataque da cárie em idosos. Está claro, apesar disso, que os cuidadores devem ter habilidades profissionais específicas para o trato com pessoas e/ou idosos, detectando a lesão cáries em suas manifestações mais iniciais ou ainda quando percebe que algo diferente possa estar acontecendo. Em termos de doença periodontal, é importante que o cuidador também seja treinado para perceber as indicações de atividade de doença gengival e periodontal como tecidos moles edemaciados, supuração, entre outros.

### 3.3 A necessidade de cuidados e cuidadores

No Brasil não há normas específicas referentes ao cuidado à saúde bucal em instituições. Tem-se observado, geralmente, ausência de protocolos de procedimentos, falta de programação de atenção especializada e ausência de programas de orientação e capacitação dos cuidadores sejam eles leigos ou profissionais. (MELLO, 2008).

É aceito e estabelecido universalmente que a cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta dependente, que produz uma desmineralização das estruturas dentárias. Esse conceito de cárie é embasado na interação de fatores como dente suscetível, microrganismo e dieta determinando a doença cárie, que foi ilustrada pelo Diagrama de Keyes. Como, para Newbrum, a cárie é resultado de um processo crônico, que aparece após algum tempo da presença e da interação desses três fatores, julgou-se conveniente incluir o tempo como outro fator etiológico (PINTO, 2000).

O consumo exagerado de açúcar e a higiene bucal deficiente são fatores de risco ambientais, relacionados com as doenças bucais. Esses por sua vez são quase todos determinados por comportamentos que estão relacionados às condições sociais do indivíduo (PINTO, 2000).

Segundo Barros e Pernambuco (2001) a higiene bucal como medida de prevenção das doenças bucais ocupa um espaço importante em nossos dias, a remoção e a desorganização mecânica do biofilme dentário é a grande chave de prevenção para uma efetiva redução da cárie e doença periodontal. Eles ressaltaram que a odontologia tem focado a orientação nos cuidados com a saúde bucal, enfatizando a importância de se utilizar uma escova que permita a aplicação de métodos preventivos eficazes, com alcance coletivo e impacto social.

O acesso da população a serviços odontológicos tem sido considerado um fator importante para o nível de saúde bucal da população. Segundo Pinto (2000), os cuidados odontológicos regulares podem diminuir os índices de cárie entre os idosos residentes em instituições, independente da condição funcional dos mesmos. Porém, quando da indisponibilidade de uma atenção regular, indivíduos susceptíveis apresentam maior risco de desenvolver cárie dentárias.

PUCCA Jr (2000) salienta que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos e tem sido relegada ao completo esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa.

Pesquisas têm alertado para a inter-relação entre saúde bucal e saúde geral, demonstrando que más condições de saúde bucal, principalmente de dentes e próteses, constituem fator predisponente a doenças sistêmicas e/ou agravante da condição de saúde dos

idosos. Apesar dos problemas odontológicos na maioria das vezes não oferecerem risco de vida, eles podem levar a graves complicações de ordem local e sistêmica, além de influenciar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar. Aspectos funcionais, sociais e psicológicos são consideravelmente afetados por uma condição bucal insatisfatória. (TEIXEIRA, 1998).

Assim, os cuidadores devem ter conhecimento das principais patologias bucais para que possam encaminhá-los ao atendimento. Neste sentido merecem destaques lesões associadas ao uso de prótese, assim como, a avaliação da qualidade da higiene bucal, pois esta é de grande importância na prevenção de doenças bucais. A não percepção de necessidades acumuladas pode levar à exacerbação destas, interferindo com a qualidade de vida dos idosos (TEIXEIRA, 1998).

De acordo com Silva e Fernandes (2001), os idosos podem ser agrupados em três categorias: os independentes, os parcialmente dependentes (aqueles que precisam de um auxílio de alguém da família ou de uma pessoa que cuide) e os totalmente dependentes (não têm iniciativa própria, seja por deficiência física, seja por problemas psíquicos e necessitam de um cuidador).

De acordo com Pereira e Bonachela (2003), os independentes devem ter maiores cuidados com dentaduras e pontes móveis quanto a sua limpeza, uma vez que, por desconhecimento ou falta de recursos, fazem uso de materiais irregulares.

No entanto, para Pereira e Bonachela (2003), os idosos parcialmente e totalmente dependentes, necessitam de cuidados específicos. O ideal seria uma pessoa que os auxiliasse constantemente em sua rotina diária e que, por conseguinte, deveria receber várias orientações sobre a importância da manutenção da saúde bucal, como por exemplo, os cuidados com as próteses, a maneira correta de higienização bucal, etc, além da atenção que deve ser observada com relação à dificuldade que o idoso tem de alimentar.

Além disso, alimentos pastosos e sacarosados são frequentemente oferecidos às pessoas com dificuldade de deglutição como uma forma de demonstração de carinho e afeto. É notório que alimentos pastosos são naturalmente aderentes à estrutura dentária e que alimentos sacarosados são aqueles que contribuem de forma mais enfática para a instalação da doença cárie. Daí a importância da higiene bucal: estes pacientes normalmente não fazem uso de alimentação fibrosa que provocaria uma remoção da placa bacteriana através do atrito. (FOURNIOL FILHO, 1998).

Segundo Cerqueira e Oliveira (2002) a palavra ‘cuidador’ é utilizada para definir qualquer pessoa que “toma conta ou apóia alguém que esteja doente ou incapacitado, de modo que atenda as necessidades físicas e emocionais, temporariamente ou definitivamente”.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL 2002), o Ministério do Trabalho e Emprego reconhece essa ocupação desde 2001, considerada relevante para um país como o Brasil, que tem 15 milhões de pessoas idosas, com estimativa de 31,8 milhões em 2025.

Ultimamente muito requisitado por famílias que têm algum idoso em casa, o cuidador de idosos é o profissional que trabalha com a população da terceira idade, cuja função é fazer o elo, na medida do possível, entre o idoso e a família, os serviços de saúde, os poderes públicos constituídos, os grupos de convivência e lazer e a comunidade em geral. (SILVA e FERNANDES, 2001). Capacitado (formal ou informalmente) para atuar em diversas situações e ambientes junto aos idosos, trata-se de um profissional que atua no cuidado e assistência, nas atividades de convivência e lazer e até mesmo na criação de negócios direcionados para a população da terceira idade.

Ribeiro et al. (2006) avaliaram o perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência filantrópicas e privadas em Belo Horizonte– MG. Foram entrevistados 181 cuidadores avaliando gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, remuneração mensal, condição econômica, tempo de trabalho na instituição e tempo na função de cuidador. Foi observado que a maior parte dos cuidadores entrevistados era composta por mulheres (87,8%). Quanto ao estado civil 43,6% dos participantes eram casados; 12,7% tinham idade maior que 50 anos; 42% possuíam de 0-4 anos de estudo; 82,2% recebiam a remuneração de até dois salários mínimos e 28,7% dos entrevistados trabalhavam na instituição há mais de cinco anos.

Os dados nacionais referentes a esses profissionais são escassos, o que demonstra que a exemplo da odontologia, outras áreas da saúde, como a enfermagem, não têm pesquisado sobre a relação do cuidador com o idoso institucionalizado. Essa situação torna-se notória quando se descobre que, nem as entidades de classe possuem o número de cuidadores necessário à atenção das necessidades dos residentes nas instituições (RIBEIRO, 2004). Saliba et al., (2007) também confirma que pouco se conhece sobre o perfil de cuidadores de idosos, suas necessidades, sua formação. A urgência de se estruturar uma equipe multidisciplinar qualificada com amplo conhecimento geriátrico e gerontológico é iminente, na busca da melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

De acordo com Ribeiro (2004), a idade relativamente baixa de alguns cuidadores deve-se à exigência física que essa função impõe, tornando-se um aspecto importante na

atividade do cuidador, pois a dependência dos idosos demanda esforço físico dessas pessoas. Porém, Ribeiro (2004) considera válido os profissionais mais experientes trabalharem com os idosos, pois estes podem contribuir em outros aspectos do bem-estar e da qualidade de vida do idoso, uma vez que o cuidado é influenciado por crenças, valores e experiências vividas na trajetória de vida pessoal e profissional.

O tempo de trabalho do cuidador deve ser avaliado com cautela, pois a atividade exercida por ele é considerada desgastante e a tarefa de cuidar de um idoso dependente implica riscos de tornar o cuidador doente e igualmente dependente (CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002). Ribeiro (2004) relaciona o pouco tempo de trabalho dos cuidadores nas instituições ao estresse profissional que essa atividade proporciona.

Um estudo realizado com um grupo de profissionais bem treinados em cuidados dentários, com auxiliares de enfermagem e com cuidadores procurou avaliar os efeitos de um programa de orientação em saúde bucal sobre a capacidade de executar os procedimentos de higiene bucal dos idosos. Os resultados desse estudo possibilitaram concluir que programas de educação em saúde oferecidos à equipe prestadora de cuidados aos idosos afetam positivamente a capacidade desses profissionais executarem os procedimentos de higiene bucal de seus pacientes (KARSH, 2003).

O cuidador, de acordo com Silva e Fernandes (2001), tem como foco o auxílio ao idoso que apresenta ou não limitações nas atividades da vida cotidiana, fato que leva as famílias a procurar tal profissional. Além disso, oferece cuidado e/ou suporte ao idoso, ajudando-o a desempenhar atividades relacionadas ao seu bem-estar físico, mental, social e legal, diretamente ou por meio de empresas voltadas a esse público. Pode, em suas atribuições, avaliar, construir e gerenciar negócios baseados no atendimento ao público da terceira idade. No entanto, deve ter conhecimento para fazer valer a legislação específica que garante os direitos dos idosos, de modo que possa também, subsidiar políticas públicas que visem assegurar os direitos da população da terceira idade.

Para Karsh (2003) os idosos que apresentam redução das atividades de vida diária e/ou atividades básicas de vida podem vir a precisar de cuidados, desta forma serão institucionalizados ou receberão cuidado domiciliar. O papel do cuidador não é apenas o de tratar, cuidar de feridas, manter a vida e lutar com a morte. Diante disso, faz-se necessário tomar alguns cuidados no trato com o idoso, uma vez que o “cuidar” é uma ciência e, portanto, o cuidador deve fazer jus a esta referência, à ciência do cuidar, fato que exige uma preocupação com a preparação teórica e prática que embase o seu ofício.

Analisando o conhecimento sobre saúde bucal de cuidadores de idosos que atuam em Araçatuba, Saliba et al. (2007) demonstram que 61% dos entrevistados se iniciaram na profissão por necessidade e não por afinidade, que 83% era profissional técnico em enfermagem e 16,7% não apresentava qualquer tipo de formação. Os autores também concluem que o nível de informação sobre o cuidado bucal é insuficiente entre este grupo profissional.

A formação do cuidador quando analisada sobre a ótica dos profissionais da enfermagem, apresenta-se incompleta, não atendendo às necessidades de cuidado bucal cotidianas da população idosa. Os conhecimentos empregados para fundamentar práticas de cuidado bucal no idoso são mais de caráter empírico, popular do que de caráter técnico-profissional. Os conhecimentos se originam no âmbito familiar em detrimento aos espaços acadêmicos de ensino, capacitação e treinamento (MELLO e ERDMANN, 2007).

Há atualmente no mercado, dois tipos de cuidador: o formal e o informal. O primeiro é assalariado e apresenta respaldo técnico no âmbito do cuidar, sendo ele um profissional na área da saúde. O cuidador informal é caracterizado por um familiar que fornece cuidados ao idoso e não é assalariado. Esta forma de cuidado informal, segundo Chaves (2004), torna o cuidador um 'cuidador familiar'.

De acordo com Costa (2004), é comum perceber que os cuidadores familiares são em sua grande maioria mulheres que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais, filhos e outros familiares.

Cerqueira e Oliveira (2002) afirmam que a família predomina como alternativa ao sistema de suporte informal aos idosos, sendo esta forma de cuidado comum de ser encontrada na literatura e merecedora de maior atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde (e do projeto de extensão apresentado), uma vez que constitui uma situação complexa e que exige compreensão de suas especificidades frente às exigências do cuidar de um idoso fragilizado.

Bocchi (2005) discute sobre a importância do cuidador familiar de idosos incapacitados ser alvo de orientação, ou sobre como proceder nas situações mais difíceis de modo que possa receber em casa periódicas visitas de profissionais, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outras modalidades de supervisão e capacitação.

É importante o tipo de envolvimento da família no cuidado com o idoso, principalmente com a propagação da educação sobre a recuperação deste diante de doenças, o que contribuirá para uma melhor qualidade de vida, tanto para o paciente quanto para os familiares. Este apoio, segundo Karsh (2003), é fundamental quando se trata de um casal de

idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante.

Logo, para Mendes (1998), seria interessante que houvesse uma atmosfera encorajadora e de suporte para o cuidador por parte da família do idoso, de modo que o seu entendimento sobre as mudanças físicas e emocionais da pessoa “cuidada”, ou com algum tipo de enfermidade fosse essencial para uma reabilitação bem sucedida.

E, se houver condições, profissionais devem orientar os cuidadores, levando-os a compreender que o modo de cuidar escolhido pela família é um dos caminhos que pode beneficiar os pacientes, seus cuidadores e a própria família, “tornando possível a autonomia desses, obviamente, sem deixar de enfatizar que o processo de reabilitação/readaptação visa à reintegração do paciente ao convívio social”, segundo afirma Bocchi (2005).

Diante de toda complexidade que o tipo de cuidado pode interferir nos fenômenos psíquicos, sociais e físicos do paciente, o cuidador pode dispor, se se interessar, de programas como o PSF.

### **3.4 – O cuidador diante do idoso demente**

Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares tem sido freqüente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares (BRASIL, 2008).

No Brasil, o Estatuto do Idoso utiliza o critério cronológico para classificar as pessoas no grupo dos idosos, fixando para aquelas com idade igual ou superior a 60 anos. Esse critério já era utilizado como referência a proteção de direitos especiais pela Organização Mundial da Saúde para analisar o fenômeno do envelhecimento populacional, com a ressalva da diferença estipulada no seu limite: para países desenvolvidos, 65 anos, e subdesenvolvidos, 60 anos (BRASIL, 2003).

Os idosos podem ser classificados dentro de três grupos distintos, de acordo com sua habilidade funcional: independentes – constituído por idosos sadios; parcialmente dependentes – idosos com problemas físicos e/ou psicológicos parcialmente debilitantes;

totalmente dependentes – idosos com problemas físicos e/ou psicológicos totalmente debilitantes (GUEDES, 2001).

A institucionalização do idoso estabelece uma teia complexa de relações sociais e econômicas. Dela participam, pelo menos: o idoso e a sua família; a organização pública, ou privada ou do terceiro setor na qual reside; os profissionais que nela trabalham ou que de alguma forma estão, ou deveriam estar à disposição; o Estado e também o Governo (MELLO, 2005).

O cuidado muitas vezes é realizado como uma questão de obrigatoriedade. Assim é que, LEITE (2000) verificou que, quando se trata de filhos cuidando de pais idosos, há um entendimento de obrigação em retribuir algo que lhes foi dado no passado, além do sentimento de responsabilidade pelos mais velhos e doentes, que estão em situação de dependência parcial/total.

Dentro desta linha de pensamento, a atual legislação contém uma série de Artigos, Decretos e Programas que visam amparar/proteger de alguma forma as pessoas idosas. A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 229, dispõe que: os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidades. Complementando o que estabelece o Artigo citado, a Constituição Federal, artigo 230, determina que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

A questão do cuidado do idoso que sofre de síndrome demencial é mais problemática por, na maioria das vezes, não existir a comunicação entre ele e a família, ou o cuidador. Além dos problemas mais comuns (uma demora no tempo de resposta, problemas de memória, déficits sensoriais e flutuações do pensamento), o maior volta-se para a comunicação, que implica diretamente no relacionamento entre ambos, pois às vezes o idoso com demência sequer responde, embora esteja olhando para o interlocutor, não se sabe sequer se o que ele vê, pois às vezes seu olhar é perdido e distante para quem cuida dele. (MENDES, 1998).

Dessa forma, Mendes (1998) afirma que é preciso que os cuidadores sejam orientados sobre sua atividade comunicativa como talvez o único canal que os mantenha unidos ao idoso com esse tipo de problema. É necessário que sejam escolhidos códigos que chamem a atenção do idoso para que os objetivos do cuidador surtam efeito. Talvez isso explique o aumento da tendência a utilizar mais a expressão não-verbal. No entanto, trata-se de uma questão delicada e que só poderá ser mais bem esclarecida com aprofundamentos investigativos.

### **3.5– O apoio de uma equipe multidisciplinar**

A parceria entre os profissionais e os cuidadores deverá possibilitar sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento (BRASIL, 2008).

As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares. Nesse planejamento deve ficar claro para todos as atividades que o cuidador pode e deve desempenhar. É bom escrever as rotinas e quem se responsabiliza pelas tarefas. É importante que a equipe deixe claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador (BRASIL, 2008).

De acordo com Pereira e Bonachela (2003), no campo da atenção à saúde, o profissional mais indicado será aquele que articulará algumas das várias dimensões da vida humana no trato com idosos: seja no social (porque aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas), ou seja, tenta traduzir, para terceiros, desejos só entendidos por pessoas muito próximas do idoso, ou subjetivamente, onde trabalha e estimula as emoções, a cognição, etc.

Enfim, a utilização dos cuidadores já se liga à necessidade de esclarecer e trabalhar aspectos de uma questão de saúde/doença, principalmente quando a problemática é influenciada por fatores como idade, cor, gênero, etc. o que exigirá a mudança de postura e a reorganização do cotidiano da população atendida tendo em vista a qualidade de vida em todos os seus aspectos. E para qualidade de vida do idoso, faz-se necessário que os profissionais de saúde tenham compreensão não só do processo de vida destes, mas tenham acesso a informações sobre os cuidadores para que haja uma orientação aos mesmos, além do suporte teórico e o conhecimento, promovendo, assim, uma atuação multidisciplinar. (MENDES, 1998).

Na verdade, como explica Mendes (1998), o trabalho de uma equipe multidisciplinar possibilita relações entre as diversas áreas, para superar a fragmentação do conhecimento, na discussão de um tema, na resolução do problema, considerando a realidade do contexto vivenciado, incorporando os resultados e conhecimentos de várias especialidades, através análises diagnósticas, técnicas e instrumentos assistenciais em relação ao idoso e seu cuidador e o meio no qual está inserido.

Estas parcerias consistem em associar teoria e prática, não se tratando de conhecer por conhecer, mas de ampliar o conhecimento científico como respaldo às práticas desenvolvidas ao longo de uma história de vida cuja experiência vem potencializar as possibilidades reais de transformação social, respeitando princípios bioéticos e humanizados. (CUSTÓDIO, 2007, p. 32).

Para Custódio (2007), não se trata de um método de trabalho fácil, pelo contrário, pode resultar em dificuldades, pois não é um trabalho solitário, mas coletivo, contribuindo para o enriquecimento pessoal e intelectual de todos os atores envolvidos: idosos, familiares e cuidadores.

De acordo com Custódio (2007), promoção de saúde consiste em mudanças de hábitos e estilos de vida, com o objetivo de reduzir os riscos de morbidade e mortalidade estabilizando ou melhorando a saúde dos indivíduos em sua totalidade. Portanto, deve-se dar importância aos programas que visam “à prevenção de doenças, à assistência à saúde dos indivíduos dependentes e, principalmente, aos idosos e seus cuidadores”.

Entre os principais cuidados, a memória do idoso deve ser destacada. Custódio (2007) define memória como a capacidade de registrar, reter e evocar informações. O trabalho com a memória propõe o exercício das atividades cognitivas de tal modo a manter o cérebro em constante atividade. No entanto, requer tempo e paciência de quem cuida. É claro que as questões afetivas podem interferir no esquecimento natural ao longo do processo de vida da pessoa. É necessário, desse modo, trabalhar com o idoso de forma que sua auto estima e o seu sentido da vida sejam mantidos.

No contexto da equipe multidisciplinar estão inseridos os profissionais da área da Enfermagem (Cuidadores capacitados, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro), Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia e Assistência Social. Para Brucki (2004), o principal requisito para esses profissionais atuarem é conhecer o processo de envelhecimento para determinar as ações que possam atender integralmente as necessidades dos idosos residentes e atendê-los respeitando os princípios da autonomia, a fim de executar uma assistência com sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade.

Oferecer ao idoso cuidado em múltiplas áreas de saúde incrementa a possibilidade de que este receba tratamento resolutivo e adequado às suas necessidades, contribuindo para ampliar a procura por serviços de saúde bucal. Nessa circunstância deve ser estimulada maior comunicação entre os diversos profissionais e entre instituições de saúde por meio de intercâmbios, troca de informações e experiências. Os serviços públicos de saúde devem ampliar o rol de ambientes de atendimento (ações domiciliares de longa permanência e

hospitais) ao portador de necessidades especiais em geral com vistas a proporcionar acesso aos serviços àqueles que, tais como os idosos que possuem dificuldades de locomoção, possam usufruir do benefício de serem avaliados por equipes multidisciplinares (MELLO,2008).

De fato, espera-se que o Programa Saúde da Família (PSF) atuaria como elo entre o idoso e os serviços de saúde, possibilitando também a atenção domiciliar para os idosos dependentes. Facilitar o acesso aos serviços odontológicos seja nos centros de saúde ou no atendimento domiciliar e unidades móveis, juntamente com a conscientização da equipe de cuidadores sobre a importância da manutenção da saúde bucal contribuiria para uma melhora no quadro geral do idoso e preservação de sua autonomia (MOJON, 2005).

Além disso, para se compreender e trabalhar com os cuidadores de idosos uma série de elementos tem que ser levados em conta para que se possa ter o conhecimento de sua complexidade: o processo de envelhecimento, a compreensão biológica, social e psicológica do ser velho, as políticas econômicas e públicas.

De acordo com Santos (2008),

Repetitivas planejadas e sob a supervisão do enfermeiro, como por exemplo, cuidados da higiene, alimentação via oral, prestar companhia aos idosos, promover movimentação e conforto aos acamados devem ser observadas. O técnico de enfermagem auxilia na supervisão dos cuidadores, assim como também, observa, reconhece e descreve sinais e sintomas, promove cuidados de higiene e conforto, proporciona alimentação enteral, afere sinais vitais, administra medicações, dentre outros. O enfermeiro realiza cuidados de maior complexidade e que exige conhecimento científico, tem como responsabilidade a administração/gerenciamento, a função cuidativa, educativa e de pesquisa. (SANTOS, 2008, p. 20).

Enfim, apesar dos avanços do SUS, são ainda poucas as ações de maior impacto, especialmente do poder público, no sentido de criar medidas de apoio concreto aos cuidadores. A adoção de educação continuada que qualifiquem profissionais para lidarem com este público e participação de profissionais da área de gerontologia e odontologia geriátrica na elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas são fundamentais para a criação de uma política inclusiva (MELLO, 2008).

Para a terceira idade, os programas assistenciais não podem assumir um odontogeriatra por se tratar de poucos recursos humanos no mercado e, conseqüentemente, ter os custos elevados.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, devem estar inseridas na rotina de toda e qualquer instituição, em especial onde há população com a terceira idade.

A condição bucal influencia diretamente a qualidade de vida desta população por definir sua capacidade de mastigação, nutrição, fonética e de socialização. Isto faz com que tal ação seja importante para o idoso ser orientado em relação a vários aspectos de sua saúde, como por exemplo, saber qual a melhor dieta, saber cuidar dos dentes e gengivas, saber realizar um auto-exame na boca, enfim: realizar a prevenção na terceira idade é fundamental para ter saúde bucal e a qualidade de vida em todos os sentidos.

A falta de informação dos cuidadores sobre saúde bucal pode ser um dos fatores que interferem na atenção prestada aos idosos no que diz respeito ao cuidado à saúde bucal, sendo necessário a capacitação destes para lidar com os idosos.

Devido a estes fatores, as ações desenvolvidas em um programa para idosos devem promover a interação com as demais áreas do conhecimento, já que a avaliação de saúde geral e bucal deste requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional.

Dessa forma, saúde, portanto, não será entendida apenas como algo maior do que ausência de doença. Será vista com a possibilidade de uma vida melhor, participativa, cuja qualidade (da sua família e da comunidade em que está inserido) seja adequada, prazerosa e eficiente em todos os sentidos.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, M. H. N. G. ; PORDEUS, I. A. ; MODENA, C. M. **Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG)**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.
- BARROS, J.D., BERTOLDI, A.D. **Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional**. Ciência & Saúde – Coletiva. 2002; 7(4): 709-717.
- BARROS, O.B.; PERNAMBUCO, R. A. **Escovas Dentais**. Revista Faculdade de Odontologia. São José dos Campos, 2001 v. 4, n. 1, p. 22 – 25, jan./abr.
- BOCCHI , E.A. **Textos sobre envelhecimento**. Rio de Janeiro, 2005. V.7, n.1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02 e Portaria MS/GM 373 de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF; 2002a.
- BRASIL. Constituição. **República Federativa do Brasil**. Título VIII, Da ordem social, Seção II, Da saúde de. Art. 193. Brasília; 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Equipes de Saúde Bucal. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010**. Nota para a Imprensa de 28/12/2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.  
[http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrasil2010\\_Nota\\_Imprensa.pdf](http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrasil2010_Nota_Imprensa.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- BRUCKI, S.M.D. **Envelhecimento e memória**. In: Andrade VM, Santos FH, Bueno OF, organizadores. A Neuropsicologia hoje. São Paulo (SP): Artes Médicas; 2004. p.389-402.
- CASTILHOS, E.D.S., PADILHA, D.M.P. **A importância dos dentes para três diferentes grupos de idosos**. Faculdade de Odontologia de P Alegre 2002; 43(2): 40-43.
- CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. **Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos**. Psicol. USP 2002, v.13, n.1.
- CHAVES, P.S.; COSTA, P.L. **O idoso como vítima na cidade de Belo Horizonte: as denúncias na delegacia especializada de proteção ao idoso**. Revista Kairós Gerontologia: revista do programa de Estudos Pós graduados em gerontologia, São Paulo, PUC, V.7, n2. p. 113-126, dez.2004.
- COLUSSI, C.F., FREITAS, S. F. T. **Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil**. Caderno de Saúde Pública 2002; 18(5):1313-1320.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. **Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu- RS.** Santa Catarina. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 2004, v. 7, n.1, p.88-97.

COSTA, J. F.. **O vestígio e a aura.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

CUSTÓDIO, C. **Perspectivas de evolução da População.** Portugal, 1994-2004. Perspectiva e Planejamento - 2007.

FERREIRA, A. A. A; PIUVEZAM G; WERNER, C. W. A; ALVES, M. S. C. F. **A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal.** *Ciencia Saude Coletiva.* 2006; 11(1): 211-218.

FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; ROCHA, E. S.; SCHWAMBACH, C.W.; MOREIRA, A.N. **Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.11, p.2375-2385, 2009.

FOURNIOL FILHO, A. **Pacientes especiais e a odontologia.** São Paulo: Santos, 1998, p. 471.

KARSCH,U.M. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo, EDUC, 2003.

LEITE, M. T. **Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência do familiar.** Rio de Janeiro: UNIJUÍ, 2000.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. **Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos.** *Revista Saúde Pública*, 2008, v. 42, n.3, p.487-96.

MENDES, P.B.B.T. **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano.** In: Karsch UMS. *Envelhecimento com dependência revelando cuidadores.* São Paulo (SP): EDUC; 1998.

MELLO, A.L.S.F. **Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva.** *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 696-704.

MELLO, A.L.S.F, ERDMANN A.L. **Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007,17(1): 139-156.

MOJON, P. **O mundo sem dentes: tendências demográficas.** In: Feine JS, Carlsson GE, organizadores. *Overdentures sobre Implantes – Critérios de Cuidados para Pacientes Edêntulos.* São Paulo: Quintessense; 2005. p. 03-13.

PEREIRA T., BONACHELA, W.C. **Avaliação Longitudinal do Perfil de Pacientes Portadores de Prótese Totais em Função do Grau de Satisfação.** *Rev Bras Prot Clin Lab* 2003; 5(24): 124-128.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Editora Santos, 2000

PUCCA Jr. G.A. **A política nacional de saúde bucal como demanda social**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 243-246.

RIBEIRO, M. T. F. **Conhecimento, práticas de saúde bucal e perfil dos cuidadores de idosos, em instituições de longa permanência de Belo Horizonte**. 2003. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S., FERREIRA, E. F.; MOREIRA, A. N. **Perfil dos cuidadores de Idosos nas Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte – MG**. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, jul/ago, 2006.

SALIBA, N.A. ET AL. **Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007, V.11, n.21, p.39-50, jan/abr.

SILVA, S.C.R, FERNANDES, R.A.C. **Auto-percepção das condições de saúde bucal por idosos**. *Saúde Pública*. 2001; 35(4): 346-355.

SHEIHAM A. **A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social**. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. 4ª Ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-50.

TEIXEIRA, M. H. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EDUERJ,1998.

VARGAS, A.M.D., PAIXÃO, HH. **Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte**. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005; 10(4): 1015-1024.

VELOSO, Caetano. **Oração ao tempo**.

Sites direcionados:

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Populacional 2000ª Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/> >. Acesso em: 14 de dezembro 2010.

[www.scielo.org/](http://www.scielo.org/) - **Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes mellito**. Crésio Alves; Juliana Andion; Márcia Brandão; Rafaela Menezes. Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

[www.scielo.org/](http://www.scielo.org/) - **Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados**. Trícia Drumond-Santana; Fernando Oliveira Costa; Elton Gonçalves Zenóbio; Rodrigo Villamarim Soares; Taciana Drumond Santana. Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; OLIVEIRA, Nair Isabel Lapenta de. **Programa**

**de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção á saúde dos idosos.** Psicologia USP, São Paulo, v.13, n.1, p.133-150, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&)> Acesso em: 02 novembro 2010.

[www.ortopediaesauade.org.br](http://www.ortopediaesauade.org.br). **Saúde bucal na terceira idade.** RAVAGLIA, Fábio. 2005.

GUEDES, J.S. **Sorria toda vida, viva com saúde bucal: autocuidados e cuidadores.** SÃO PAULO: Secretaria da Saúde de São Paulo, 2001. Disponível em: <[www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)>. Acesso em: 13 de dezembro 2010.

PUCCA JÚNIOR, G.A. **A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos.** Disponível em: <<http://odontologia.com.br/artigos.asp>>. Acesso em: 13 de dezembro 2010.

SANTOS, S. S. C. **Desenvolvimento sustentável e cuidado ao idoso.** Textos Envelhecimento, v.3, n.6, 2001. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/uerj>>. Acesso em: 12 de dezembro 2010.