

O ENVELHECER ATIVO E OS DESAFIOS PARA A ODONTOGERIATRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

ACTIVE AGING AND THE CHALLENGES FOR GERIATRIC DENTISTRY IN HEALTH PROMOTION

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LOS DESAFÍOS PARA LA ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA EN LA PROMOCIÓN DE SALUD

ANA LÚCIA S. FERREIRA DE MELLO¹

ALACOQUE LORENZINI ERDMANN²

A importância da promoção da saúde no processo de envelhecimento ativo e, portanto, saudável é inegável. Da mesma forma, é fundamental reconhecer que a promoção da saúde bucal ao longo da vida, de indivíduos e coletividades, contribui para que se alcance a fase idosa da vida com bem-estar. A evolução do quadro epidemiológico de saúde bucal dos idosos em diversas regiões tem sido relatada na literatura e suscitado inúmeras questões, principalmente preocupações, tanto do ponto de vista teórico quanto prático, para diversos segmentos da sociedade. Este texto tem como objetivo refletir sobre o processo de envelhecimento ativo e os desafios gerados por ele para a Odontogeriatría, especialmente na promoção da saúde bucal.

UNITERMOS: Envelhecimento; Idosos; Odontogeriatría; Promoção de saúde.

The importance of health promotion in active and healthy aging process is undeniable. In the same way, it is fundamental to recognize that oral health promotion along the life course of individuals and collectivities contributes for the well being of elderly people. The evolution of the epidemiological framework of elderly people oral health has been addressed by the literature in several areas and raised some issues, most of them concerns, from theoretical and practical point of view, for several segments of the society. This text proposes a reflection about the process of active aging and the challenges generated by it for Geriatric Dentistry, especially in the oral health promotion.

KEY WORDS: Aging; Elderly; Geriatric dentistry; Health promotion.

La importancia de la promoción de la salud en el proceso de envejecimiento activo y saludable es innegable. De la misma manera, es fundamental reconocer que la promoción de salud oral a lo largo del curso de vida de individuos y colectividades contribuye por el bien vivir de los adultos mayores. La evolución del cuadro epidemiológico de salud oral de los mayores ha sido comentada por la literatura en varias áreas y se ha levantado algunos puntos, la mayoría de ellos preocupaciones, tanto del punto de vista teórico cuanto práctico en varios segmentos de la sociedad. Este texto propone una reflexión sobre el proceso de envejecimiento activo y los desafíos generado por él para la Odontología Geriátrica, especialmente en la promoción de la salud oral.

PALABRAS CLAVES: Envejecimiento; Adultos mayores; Odontología geriátrica; Promoción de la salud.

¹ Cirurgiã-dentista, Mestre em Saúde Bucal Coletiva, Aluna do curso de Doutorado em Enfermagem da UFSC.

² Professora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, Doutora em Enfermagem pela UFSC.

A importância da promoção da saúde no processo de envelhecimento ativo e, portanto, saudável é inegável. Da mesma forma, é fundamental reconhecer que a promoção da saúde bucal ao longo da vida, de indivíduos e coletividades, contribui para que se alcance a fase idosa da vida com bem-estar. A evolução do quadro epidemiológico de saúde bucal dos idosos em diversas regiões tem sido relatada na literatura e suscitado inúmeras questões, principalmente preocupações, tanto do ponto de vista teórico quanto prático, para diversos segmentos da sociedade. Este texto tem como objetivo refletir sobre o processo de envelhecimento ativo e os desafios gerados por ele para a Odontogeriatrics, uma recém-criada especialidade da Odontologia.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: VITÓRIA E DESAFIOS PARA O SETOR SAÚDE

O quadro demográfico mundial vem apresentando acentuada mudança estrutural. O fenômeno do envelhecimento populacional, – que corresponde ao declínio da proporção de jovens e crianças tendo como contrapartida o aumento da proporção de pessoas idosas –, é notável em países desenvolvidos e progride rapidamente nos países em desenvolvimento. A conhecida pirâmide demográfica, em poucas décadas, vai assumindo forma cilíndrica.

O dinamismo desta transformação é o resultado de uma série de avanços técnicos, científicos e comportamentais, dentre os quais a literatura tem destacado o saneamento das águas de abastecimento público, o controle de natalidade, a diminuição da mortalidade infantil, progressos das ciências da saúde, e estilos de vida mais saudável (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; CHAIMOWICZ, 1998; WHO, 2002).

Entre os anos 1950 e 2000 o número de pessoas idosas, segundo o padrão referencial da Organização das Nações Unidas, aquelas que completaram 60 anos em países em desenvolvimento, elevou-se de 200 milhões para 590 milhões (STEEN, 1992). A United Nations Population Division (1998) estima para o ano 2050 um contingente de 2 bilhões de idosos e demonstra que o crescimento é muito mais pronunciado nos países em desenvolvimento. Neles, este segmento multiplicar-se-á por nove, no período de 1998 a 2050, passando de 171

milhões para 1.594 milhões, correspondendo a uma taxa anual de crescimento de 4,39%.

No Brasil este processo de envelhecimento também é considerado irreversível e de rápida evolução (CHAIMOWICZ, 1998). Há 16 anos Ramos ; Veras; Kalache (1987) já alertavam para a alta velocidade das mudanças demográficas, refletindo a rapidez com que declinavam nossas taxas de fecundidade.

O censo brasileiro de 2000 contabilizou 14,5 milhões de idosos, constituindo 8,6% da população; destes, 55% eram mulheres e 81,4% residiam em zona urbana (IBGE, 2002). Em 2025, corresponderão a 15% da população e serão 33,4 milhões, formando então a sexta maior população nacional idosa, atrás apenas da China, Índia, EUA, Japão e Indonésia (WHO, 2002).

Por sua vez, no interior da população idosa o segmento acima de 80 anos é o que cresce mais rapidamente; e nele, as mulheres. No Brasil, de cada três pessoas com idade superior a 75 anos, duas são mulheres.

Particularmente, no campo da saúde as demandas e necessidades insatisfeitas do contingente idoso brasileiro estão aumentando. O represamento, sob a forma de “dívida social”, – em clara moratória há anos –, assume o caráter de negligência social.

Segundo Veras (2002), “o rápido crescimento da população de idosos no Brasil causa um importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. Entretanto, a infra-estrutura necessária para responder às demandas deste grupo etário em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados, quantitativamente e qualitativamente, ainda é precária.”

Acresça-se ainda o fato de que milhões de idosos auferem sua renda por transferência governamental, sob a forma de pensões e proventos de aposentadoria. A crise fiscal do Estado brasileiro, perversamente agravada pela adoção de políticas de ajuste derivadas do “consenso de Washington”, tem lançado sua sombra sobre a maioria destas pessoas que, excluídas do mercado de trabalho, percebem renda ínfima, tornando-as dependentes para sobreviver e manterem-se com saúde.

De um lado, os preceitos de responsabilidade social cobram condições dignas a serem proporcionadas a este grupo, sob diversos aspectos mais vulnerável, enquanto de

outro, o arranjo sócio-econômico-político tem gerado um quadro de esgotamento de recursos e de acentuadas incertezas que afetam diretamente o cotidiano da pessoa idosa. A equação não é simples. Depende de decisão política, planejamento e gestão, ampla participação dos setores e pessoas envolvidas, e de estudos adicionais sobre a promoção da saúde para um envelhecer saudável.

A percepção é de que ainda vivemos no Brasil os primórdios desta questão relevante: como as instituições nacionais e os serviços de saúde responderão com eficácia às novas contingências trazidas pelo envelhecimento da população?

MUDANÇAS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

A rápida transição no perfil de saúde geral em nosso país caracteriza-se, em primeiro lugar, pelo crescimento da prevalência das enfermidades crônicas não transmissíveis e, em segundo, pela importância crescente de diversos fatores de risco que requerem, complexamente, ações preventivas em diversos níveis (VERAS, 1994; CHAIMOWICZ, 1998).

Em menos de 40 anos, o Brasil migrou de um perfil de mortalidade materno-infantil, para outro de mortalidade por enfermidades complexas e mais onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas. Relatório do Ministério da Saúde aponta que, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país, ainda os sistemas/serviços de saúde concentram-se quase exclusivamente na atenção materno-infantil, desconsiderando, em parte, a nossa realidade epidemiológica (BRASIL, 2001).

A exemplo da situação de saúde geral, a saúde bucal da população brasileira também tem sofrido alterações nos seus quadros gerais, principalmente nos níveis de cárie dentária, a doença bucal mais prevalente. Levantamentos epidemiológicos asseguram um decréscimo de aproximadamente 50% no índice de ataque de cárie durante os anos de 1986 a 1996, Brasil (1998), resultado principalmente de ações coletivas como fluoretação das águas de abastecimento público e ampliação da utilização de dentifrícios fluoretados, além de melhorias nas condições de vida da população que interferem decisivamente no estabelecimento e evolução desta doença (NADANOVSKI; SHEIHAM, 1995).

Ainda assim, é motivo de preocupação o fenômeno da "polarização", confirmando a determinação social do processo saúde-doença, no qual uma pequena parcela da população infantil concentra maior parte da experiência de cárie (FREITAS, 2001).

O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A SAÚDE BUCAL

As estruturas bucais também sofrem a ação do processo de envelhecimento, e os tecidos da cavidade bucal refletem as alterações provocadas pelo avanço da idade (HAUGEN, 1992; BREUSTEDT, 1983).

Ainda que o processo de envelhecimento, por si, cause na cavidade bucal poucos efeitos desencadeadores de disfunções e incapacidades (SHAY; JONATHAN, 1995), um expressivo conjunto de estudos com diferentes metodologias revela que, em geral, a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente por todos os quadrantes (SMITH; SHEIHAM, 1980; KIYAK; MILLER, 1982; EKELUND, 1984; VIGILD, 1989; PADILHA, 1997; NEVALAINEN; NÄRHI; AINAMO, 1997; SILVA; VALSECKI JUNIOR, 2000; MELLO, 2001; COLUSSI; FREITAS, 2002; WYATT, 2002).

A busca pelas causas tem revelado que o acesso limitado ao cuidado odontológico na infância e na velhice, e fatores como a desordenada urbanização, condições sócio-econômicas precárias, rupturas no tecido social, estilo de vida, além de limitadas informações aos cuidadores e ausência de compromisso de instituições privadas e públicas podem ser responsáveis por esta condição amplamente classificada como deficiente (AMBJORNSSEN, 1986; AINAMO; ÖSTERBERG, 1992; MELLO, 2001).

Apesar da relação entre idade e edentulismo ser diretamente proporcional, o número de idosos que preservam sua dentição natural tem aumentado consideravelmente (KALK; BAAT; MEEUWISSEN, 1992; HAUGEN, 1992; VIGILD, 1992). A manutenção dos dentes na cavidade bucal deve-se, segundo Shay e Jonathan (1995), a maior retenção de dentes na juventude, avanços nas modalidades de prevenção e tratamento odontológicos, aumento da cobertura dos serviços para a população mais jovem, melhoria dos hábitos de autocuidado, e melhoria na compreensão sobre a necessidade dos cuidados odontológicos. Heath (1992) atribui a preservação dos dentes naturais nas pessoas ido-

sas aos cuidados diários de higiene bucal e à assistência recebida de profissionais.

Indicadores de saúde bucal, tais como “prevalência de edentulismo”, “frequência de próteses removíveis” e “número de dentes remanescentes” têm melhorado nas últimas décadas. Estudos retrospectivos estrangeiros demonstram que vem ocorrendo um decréscimo no edentulismo desde 1970. Os autores relatam que a média do número de dentes remanescentes vem aumentando nos idosos e, conseqüentemente, há uma diminuição na porcentagem de usuários de próteses.

Em 1986 foi publicado um levantamento epidemiológico sobre a saúde bucal no Brasil urbano que observava: a) um declínio de dentes hígidos com o avançar da idade; b) só parcela pequena de pessoas não edêntulas estavam isentas de problemas periodontais; e c) altos níveis de edentulismo (BRASIL, 1998). O quadro epidemiológico daquela época foi relatado como sendo reflexo da realização de extrações dentárias múltiplas e em larga escala, principalmente a partir dos 30 anos (PINTO, 1997).

Como a transição epidemiológica nos perfis de morbi-mortalidade ocorre tardiamente nos países periféricos em relação aos países desenvolvidos, estima-se que os brasileiros venham progressivamente a alcançar também a faixa etária idosa da vida com maior número de elementos dentais em boca.

Tradicionalmente nossos programas de atenção e assistência odontológicas priorizaram as populações infantis. Graças ao enfoque preventivo, muitos avanços foram conquistados e estão refletidos na melhora dos níveis de saúde bucal desta parcela da população (BRASIL, 2001).

Numa visão dinâmica e em face da elevação da expectativa de vida da população, a melhora observada na saúde bucal das crianças de ontem implica atenção odontológica durante o curso da vida, como condição para assegurar um envelhecimento acompanhado de boa saúde bucal. Portanto, o crescimento cumulativo do número de pessoas idosas necessitando de assistência para a manutenção da sua saúde bucal será nos anos à frente fenômeno relevante no campo da saúde bucal coletiva brasileira.

No novo quadro do envelhecimento com mais dentes, a insuficiência de atenção causa um acúmulo de necessidades e demandas agora provocadas por outras doenças bucais como periodontopatias, lesões dentárias por perda

mineral, lesões de mucosa, hipossalivação, disfunções orofaciais, entre outras. Não era assim no passado edêntulo.

Pesquisando os novos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças bucais nos idosos Mariño (1994) enumerou: a presença de transtornos sistêmicos crônicos, estilo de vida prejudicial à saúde, iatrogenias repetidas e mau estado nutricional. Haugen (1992) assevera que a cárie continua prevalente, todavia, as lesões secundárias e de raiz constituem a manifestação mais freqüente da doença.

A SAÚDE BUCAL E O IMPERATIVO DA INCLUSÃO DO IDOSO

Desta realidade emerge, na perspectiva de Holst et al. (1997), um considerável número de questões éticas e dilemas práticos quando as questões de necessidade de tratamento e tratamento propriamente dito de pacientes idosos. A sua expectativa de vida relativamente mais curta, bem como a relação desta com a utilidade e custo de tratamento, tornam as decisões profissionais difíceis quando uma terceira parte é a responsável pela cobertura dos custos e não comparece. Por outro lado, as recomendações da Federação Dentária Internacional para países não desenvolvidos de que os seus recursos escassos devam ser destinados à prevenção em detrimento de qualquer nível de tratamento pode ser inadequada na medida em que a escassez mencionada resulte do privilégio dado a outro tipo de dispêndio que não àqueles de natureza social (KALK; BAAT; MEEUWISSEN, 1992).

Como a relação custo-benefício interpõe perspectivas de melhoria de condição e qualidade de vida, a questão de tratamento pelo menos no nível de atenção primária deve ser encarada como meta a ser cumprida independentemente do valor financeiro a ela agregada (PADILHA; CASTILHOS; MELLO, 2001).

Enfatizamos que, na perspectiva dos investimentos sociais, não parece sensato proceder a análise de aplicação alternativa de recursos em programas de saúde bucal entre si complementares. É um grave equívoco tomá-los como mutuamente excludentes para ordená-los por prioridade mediante a tradicional análise custo/benefício aplicada a projetos sociais. Ao nosso ver, o dilema ético do profissional de saúde não se transpõe linearmente para a análise da decisão social de investimentos. Na dimensão do

coletivo a categorização dos projetos a priorizar no campo da saúde bucal não pode implicar na disjuntiva criança versus idoso, ou prevenção versus tratamento.

Entre nós, brasileiros, um outro aspecto a ser considerado é a característica heterogênea do grupo populacional idoso. No Brasil são acentuadas as desigualdades sociais e econômicas. Segundo dados do IBGE, a razão de renda (o número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres), em 2001, foi igual a 27,08. Nesta mesma data, a proporção de pobres na população (percentual da população com renda familiar inferior a meio salário mínimo mensal per capita) era de 29% (DATASUS).

Neste mosaico encontrar-se-ão, por força das diferenças no estágio do processo saúde-doença, no grau de dependência, no nível educacional, na possibilidade de acesso aos serviços de assistência, pessoas idosas com condições de saúde muito diferenciadas. Ademais, embora, sob a inspiração da ONU, adote-se o marco dos 60 anos de idade ou mais para identificar o grupo idoso, é um leque de situações biológicas, econômicas e sociais que influencia e até determina as condições em que os indivíduos irão processar o seu envelhecimento. Assim, o Brasil ainda é um país de muitos “idosos” com menos de sessenta anos.

Importante ressaltar que a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – PNAD, 1998 – no quesito “acesso e utilização dos serviços de saúde” constatou que 75,5% dos brasileiros eram dependentes do SUS – Sistema Único de Saúde – para sua assistência à saúde (IBGE, 2000).

Segundo Veras (2002, p.14), “o Brasil possui um sistema de saúde desorganizado frente às necessidades (dos idosos), com baixa resolutividade, pouco adequado para enfrentar os problemas de saúde do idoso, agravado pela desinformação, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pelo preconceito e despreparo da sociedade e dos profissionais de saúde em lidar com as situações inerentes ao processo de envelhecimento, resultando em um cuidado deficiente e de elevado custo”.

De outra parte, o enfoque do envelhecimento ativo não é de uma atenção segmentada, estanque, àqueles que atingiram a idade avançada. Mas é de uma abordagem integral à pessoa em seu processo de viver e envelhecer com qualidade, proporcionando acesso às ações de promoção de saúde ao largo de toda sua existência. O direito das pessoas a um viver saudável impõe o afastamento de qualquer forma

de discriminação e recomenda uma atuação coordenada, de base comunitária, eficaz, multiprofissional, e que dê especial apoio aos mais pobres e fragilizados (BRASIL, 2003).

Embora sejam difíceis as condições para o planejamento das ações em saúde e em consequência a formulação dos modelos de atenção e assistência odontológica para idosos, é imperativo que na perspectiva da ética da proteção lhes seja assegurado acesso aos serviços de que necessitam (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

O DESAFIO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O SETOR SAÚDE

A condição de saúde bucal dos idosos brasileiros pelo que se deduz dos estudos mais recentes está longe de ser considerada satisfatória apesar da redução do edentulismo. A manutenção dos dentes em boca não tem sido acompanhada da necessária preservação da saúde bucal.

Alguns problemas como baixo nível de educação formal da maioria dos idosos brasileiros, convivência simultânea de enfermidades infecciosas e de caráter crônico-degenerativo, falta de acesso a uma rede básica de serviços de saúde, escassez de recursos e políticas que interfiram nesse quadro, agravam a situação (CHAIMOWICZ, 1998).

Com o crescimento acelerado da população idosa esse quadro de precariedade tende a se agravar, caso o clamor da ação cidadã não seja percebido, ou seja ignorado.

É sabido que os idosos consomem mais serviços de saúde em geral (VERAS, 1994). Entretanto na área odontológica ocorre o inverso. Há, com o passar da idade, uma considerável diminuição pela procura por serviços odontológicos (ETTINGER, 1992).

Infelizmente perde-se tempo acreditando que ainda somos um país jovem, sem dar o devido crédito às informações demográficas que mostram e projetam o envelhecimento de nossa população. Embora os idosos sejam tratados como um grupo especial ao lado dos deficientes físicos, a última expressão formal de uma Política Nacional de Saúde Bucal explicitou que “sob enfoque epidemiológico” a atenção à saúde bucal focalizaria 4 grupos etários: de 2 a 5 anos, de 6 a 12 anos; de 13 a 19 anos; e adultos (BRASIL, 1989). Ao não distinguir para fins epidemiológicos o grupo dos idosos, comete-se grave omissão. Assim, complementando o texto oficial, “a essência de um programa preventivo de massa

correto e eficaz” deveria também prover ações integradas de saúde ao longo do curso da vida dirigidas a um envelhecimento saudável, bem como prover programas específicos de saúde bucal para a fase idosa da vida.

O novo padrão demográfico, as significativas mudanças no padrão de doenças e os imperativos éticos de proteção exigem a concepção e implantação de novas políticas e modelos para os serviços assistenciais de saúde bucal de modo que possam dar conta de sua missão.

A Organização Mundial da Saúde, em 1999, publicou o documento “A life course perspective of maintaining independence in older age”. Neste texto, ressalta a importância dos indivíduos assumirem determinadas posturas e comportamentos durante a vida. Estes “fatores individuais” seriam aqueles passíveis de controle pelas pessoas. Esta abordagem permite novas oportunidades, pois as pessoas seriam capazes de influenciar seu processo de envelhecimento adotando estilos de vida mais saudáveis e adaptando-se a alterações tempo-dependentes. Entretanto, alguns fatores chamados “coletivos”, que influenciam a saúde e o envelhecimento, não podem ser modificados pelos indivíduos. Fatores sócio-econômicos e ambientais afetam o processo de envelhecimento predispondo à doença na fase idosa da vida (WHO, 1999). Embora não constitua propriamente uma inovação, este tipo de colocação deve ser considerado quando pensamos em alternativas de enfrentamento para o setor saúde ao deparar-se com o aumento do contingente idoso na população.

Os elementos antes enunciados permitem afirmar a necessidade de um amplo estudo sobre a saúde bucal dentro do sistema público de saúde brasileiro visando a formulação de uma política de atenção e assistência que inclua o paciente idoso e defina um protocolo de cobertura e acompanhamento durante o curso da vida.

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA E A POPULAÇÃO IDOSA: PERSPECTIVAS

A revolução demográfica que atravessamos vem sendo considerada como uma das conquistas mais relevantes da história da humanidade. A extensão da expectativa de vida da população foi festejada, em 1999 – Ano Internacional do Idoso – como um êxito das políticas de saúde coletiva e do desenvolvimento social e econômico.

O contraponto à conquista é, entretanto, um novo, monumental e estimulante desafio, perpassando todo o tecido social, e está colocado enfaticamente à sociedade civil e aos governos, a partir dos trabalhos da Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada em abril de 2002, em Madrid.

Trata-se de implementar e integrar políticas multisetoriais para o envelhecimento ativo, compreendido como o processo que consiste em possibilitar às pessoas otimizar seu potencial de bem estar físico, social e mental ao longo de toda a duração da vida, e participar na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto providas de adequada proteção, segurança e cuidados quando necessitarem ser assistidas, agregando qualidade de vida durante o envelhecimento (WHO, 2002).

Especificamente, na direção da redução dos fatores de risco associados às principais doenças e promoção daqueles fatores que contribuem à proteção da saúde e bem-estar ao longo do curso da vida, dentre outras propostas de medidas estratégicas a OMS recomendou na Assembléia de Madrid (WHO, 1999, p.48):

Promover a saúde bucal entre os idosos e encorajar homens e mulheres a manterem seus dentes naturais pelo maior tempo possível. Implementar políticas públicas culturalmente apropriadas em saúde bucal e prover adequados programas de promoção e serviços assistenciais em saúde bucal ao longo do curso da vida.

O marco de Madrid foi uma resposta positiva a esta revolução. Silenciosa ao início, faz-se agora notar pelo ruído da participação dos idosos nas democracias mais evoluídas, pois ali passam a se constituir um expressivo grupo de pressão política, capaz de influir na escolha dos dirigentes e na formulação das políticas públicas.

Respaldando as recomendações sugeridas, o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento (UNITED NATIONS, 2002), documento resultante da Assembléia, reconheceu em seu texto necessidade de promover os serviços odontológicos acessíveis para prevenir e tratar as desordens bucais que possam dificultar o ato de comer e causar má nutrição, achado freqüente na população idosa.

Assim, à medida que o contingente idoso é crescentemente formado por pessoas conscientes de seus direitos de cidadania, é razoável esperar que as questões associadas à implementação de políticas que lhes digam respeito, progressivamente, integrem a agenda principal dos governantes. No Brasil os idosos já deram demonstrações de recusa aos projetos que, no bojo de políticas econômicas de corte liberal, lhes cobram o ônus de ajustes no setor público. Nesse sentido, políticas futuras que desejam/implicam comprimir suas mínimas rendas diretas e/ou indiretas, significam afrontar a sua segurança, fragilizar sua proteção e comprometer ainda mais suas possibilidades de um viver saudável. Em outras palavras, políticas que se contrapõem às diretrizes e compromissos formalmente assumidos pela representação brasileira na Assembléia de Madrid.

O ENVELHECER ATIVO E OS DESAFIOS PARA A ODONTOGERIATRIA

Durante a II ANEO – Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas – que ocorreu no ano de 2001 foram reconhecidas cinco novas áreas como especialidades da Odontologia, uma delas foi a Odontogeriatría. A Resolução Nº 22/2001 do Conselho Federal de Odontologia (CFO) na Seção IX, Art. 29 conceitua Odontogeriatría como a especialidade que se concentra no estudo dos fenômenos decorrentes do envelhecimento que também têm repercussão na boca e suas estruturas associadas, bem como a promoção da saúde, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de enfermidades bucais e do sistema estomatognático do idoso.

Em outro documento do CFO, a Resolução Nº 25/2002 foram explicitadas as áreas de competência para atuação do especialista em Odontogeriatría. São elas: estudo do impacto de fatores sociais e demográficos no estado de saúde bucal dos idosos; estudo do envelhecimento do sistema estomatognático e suas conseqüências; estudo, diagnóstico e tratamento das patologias bucais do paciente idoso, inclusive as derivadas de terapias medicamentosas e de irradiação, bem como do câncer bucal; e planejamento multidisciplinar integral de sistemas e métodos para atenção odontológica ao paciente geriátrico.

Dessa forma, o campo da Odontogeriatría, reconhecido e regulamentado, representa uma conquista tanto por

parte daqueles profissionais que vem atuando na área como dos próprios idosos, que têm finalmente reconhecidas as suas especificidades e peculiaridades também nas questões da saúde bucal. O momento configura-se como uma abertura de caminhos para novos horizontes, e dá a oportunidade para pensarmos no próprio processo de surgimento deste campo científico, quais são seus limites e suas possibilidades, suas práticas e desafios que ainda estarão por vir.

McNally e Kenny (1999) ponderam que o desafio colocado para a odontologia passa por quatro níveis. Em relação ao atendimento individual do idoso, é necessário combater posturas preconceituosas e discriminantes e garantir acesso ao tratamento; os profissionais da saúde devem compreender o processo de envelhecimento e adequar protocolos de atenção odontológica realistas para o idoso, superando barreiras físicas e financeiras; consideram importante estabelecer linhas de ação para atendimento domiciliar e a idosos institucionalizados e advogam que a população deveria estar envolvida na estruturação de políticas públicas de saúde bucal, voltadas para prevenção, para esta faixa etária.

Pensar a atenção odontológica geriátrica numa perspectiva do curso de vida é, não somente romper os limites da cronologia, mas ampliar a visão, substituindo o olhar segmentado etariamente, por outro referente ao do processo de viver dos indivíduos; é o reconhecimento do processo evolutivo das doenças bucais. Cabe a Odontogeriatría resgatar os pressupostos defendidos em Madrid e assumir uma postura de inclusão na defesa de um envelhecimento ativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, leva-nos a refletir sobre o desencanto e a esperança, sobre a realidade e a utopia. Contrapor a precária realidade da condição de saúde dos idosos a um sonho, uma esperança: “a nova visão do processo de envelhecimento a partir de uma perspectiva do curso da vida”.

É o reconhecimento das nações de que as ações em saúde ante a questão do envelhecimento não devem ser segmentadas durante as diferentes faixas etárias da vida humana. O diferencial estratégico é que agora as nações assumiram abordar o desenvolvimento individual e coleti-

vo considerando a continuidade da vida, e assim proporem estratégias que, independente do momento que ocorram, contribuam para o processo de viver saudável das pessoas para lhes assegurar qualidade de vida no envelhecer. Eis o desafio para a Odontogeriatrics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ainamo A, Österberg T. Changing demographic and oral disease patterns and treatment needs in the Scandinavian populations of old people. *Int Dent J*, 1992 oct; 42(5):311-22. .
2. Ambjornsen E. Decayed, missing and filled teeth among elderly people in a Norwegian municipality. *Acta Odontol Scand*, 1986 apr; 44(2):123-30.
3. BRASIL. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, ano CXL, n. 2, 03 de outubro de 2003.
4. Ministério da Saúde(BR). Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília; 1998. 137 p. (Estudos e Projetos, 4).
5. Ministério da Saúde(BR). Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades. – Brasília; 1989. 24p. (Documentos Técnicos DNSB, 5)
6. Ministério da Saúde. Proposta de capacitação em saúde do idoso. Disponível em: <www.saude.gov.br/programas/idoso/proposta.htm>. Acessado em: 25 maio 2001.
7. Breustedt A. Age-induced in the oral mucosa and their therapeutic consequences. *Int Dent J*, 1983 sept; 33(3):272-80.
8. Chaimowicz E. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Posgraduate; 1998. 92p.
9. Colussi C F, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2002 out; 18(5):1313-20.
10. Conselho Federal de Odontologia. Resolução no. 22 de 2001. Baixa normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do capítulo VIII, título I; capítulo I, II e III, título III, das normas aprovadas pela resolução CFO-185/93, alterada pela resolução CFO- 198/95. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acessado em: 15 ago. 2003.
11. Conselho Federal de Odontologia. Resolução no. 25 de 2002. Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo- Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatrics; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. Disponível em: URL: <<http://www.cfo.org.br>>. Acessado em: 15 ago. 2003.
12. DATASUS. Indicadores e dados básicos. Brasil, 2002. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2002/matriz.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2003.
13. Ekelund R. The dental and oral conditions and the need for dental treatment among the residents of municipal old people's homes in Finland. *Proc Finn Dent Soc* 1984; 80(1):43-52.
14. Ettinger RL. Attitudes and values concerning oral health and utilization of services among the elderly. *Int Dent J* 1992 oct; 42(5):373-84. 1992.
15. Freitas, S.F.T. História social da cárie dentária. Bauru: EDUSC; 2001.
16. Haugen LK. Biological and physiological changes in the ageing individual. *Int Dent J*, 1992 oct; 42(5):339-48.
17. Heath RM. The dental health of elderly people in Britain, 1968 to 1988. *Int Dent J*, 1992 oct; 42(5):399-402.
18. Holst D. Future treatment needs in children, adults and the elderly. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1997 feb; 25(1):113-8. 1997.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.net/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.htm>>. Acessado em: 9 ago 2002.
20. Kalache A, Veras RP, Ramos,LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, 1987 jun; 21(30):200-10.
21. Kalk W, De Baat C, Meeuwissen JH. Is there a need for gerodontology? *Int Dent J*, 1992 aug; 42(4):209-16.
22. Kiyak HA, Miller RR. Age differences in oral health and dental service utilization. *J Publ Health Dent* 1982; 42(1):29-41.
23. Mariño, R. Oral health of the elderly: reality, myth, and perspective. *Bull Panam Health Org*, 1994 sept; 28(4):202-10.
24. McNally M, Kenny N. Ethics in an aging society: challenges for oral health care. *J Can Dent Assoc*, 1999 dec; 65(11):623-6.
25. Mello ALSE. Cuidado odontológico provido a idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre- RS: a retórica, a prática e os resultados. [dissertação Mestrado em Saúde Bucal Coletiva] Porto Alegre(RS): Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
26. Nadanovski P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Commun Dent Oral Epidemiol*, 1995; 23(6):331-9.

27. Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in home-living elderly. *J Oral Rehabil*, 1997 may; 24(5):332-7.
28. Padilha DMP. A saúde bucal de pacientes idosos. Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros. [tese Doutorado em Estomatologia] Porto Alegre(RS):- Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.
29. Padilha DMP, Castilhos ED, Mello ALSF. Abordagem sistemática para o atendimento odontológico em instituições geriátricas. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*, 2001 jul; 42(1):34-7.
30. Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Krieger L, organizador. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 2, p. 27-41.
31. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*, 1987 jun; 21(3):211-24.
32. Schramm FM, Kottow M. Principio bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública*, 2001 jul/ago; 17(4):949-56.
33. Shay K, Jonathan AS. The importance of oral health in the older patient. *J Am Geriatr Soc*, 1995 dec; 43(12):1414-22.
34. Silva SR, Valsecki Junior A. Evaluation of oral health conditions among the elderly in a Brazilian city. *Rev Panam Salud Publica*, 2000 Oct;8(4):268-71.
35. Silva SR, Valsecki Junior A. Evaluation of oral health conditions among the elderly in a Brazilian city. *Rev. Panam. Salud Publica* 2000 Oct; 8(4):268-71.
36. SMITH, J.M.; SHEIHAM, A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Commun Dent Oral Epidemiol*, 1980 oct; 8(7):360-4.
37. Steen B. Common diseases, functional disorders and medication among the elderly. *Int Dent J*, 1992 oct; 42(5):335-8.
38. United Nations Population Division. World population prospects: the 1998 revision. Disponível em: <<http://www.popin.org/pop1998/8.htm>>. Acessado em: 25 jan. 2001.
39. United Nations. International plan of action on aging, 2002 Disponível em : <<http://www.un.org/ageing/coverage/action.pdf>>. Acessado em: 20 set. 2003.
40. Veras R. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ; 1994.
41. Veras R. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ; 2002.
42. Vigild M. Dental caries and need for treatment among institutionalized elderly. *Commun Dent Oral Epidemiol*, 1989 apr; 17(2):102-5.
43. Vigild M. Oral health care programs for elderly in Scandinavia. *Int Dent J*, 1992 oct; v.42, n.5, p.323-29.
44. World Health Organization. A life course perspective of maintaining independence in older age. Genebra: WHO; 1999.
45. World Health Organization. Active ageing: a police framework. Genebra; 2002.
46. Wyatt CC. Elderly Canadians residing in long-term care hospitals: Part I. Medical and dental status. *J Can Dent Assoc*, 2002 jun; 68(6):353-8.