

SAÚDE BUCAL DO IDOSO: POR UMA POLÍTICA INCLUSIVA

ELDERLY ORAL HEALTH CARE: TOWARDS AN INCLUSIVE POLICY

LA SALUD BUCAL DEL ANCIANO: POR UNA POLÍTICA INCLUSIVA

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello¹, Alacoque Lorenzini Erdmann², João Carlos Caetano³

¹ Doutora em Enfermagem. Professor Substituto do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Santa Catarina, Brasil.

² Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil.

³ Doutor em Odontologia Social e Preventiva. Professor do Programa de Pós-graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da UFSC. Santa Catarina, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do idoso. Políticas públicas de saúde. Saúde bucal.

RESUMO: Este artigo é parte de investigação realizada em instituições de longa permanência para idosos sobre cuidado à saúde bucal. Objetiva relacionar o significado do cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado a questões referentes às políticas públicas, no atual contexto nacional de implementação de políticas de saúde e saúde bucal. Trata-se de estudo qualitativo fundamentado na *Grounded Theory*. Participaram três idosos, quatro cuidadores, dois enfermeiros, três administradores (primeiro grupo amostral), três dentistas, três gestores públicos e um administrador (segundo grupo amostral). Após releitura dos dados recolhidos por entrevistas abertas e análise comparativa, a categoria Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional engloba as políticas públicas de saúde e saúde bucal. Apesar das garantias legais, crescimento dos recursos e expansão dos serviços, a implementação de políticas públicas que incluam o idoso nas ações de saúde bucal é incipiente para assegurar comprometimento público-estatal-governamental e transformar a realidade epidemiológica.

KEYWORDS: Health of the elderly. Health public policy. Oral health.

ABSTRACT: This article is part of an oral health care investigation carried out in nursing homes. It aims to relate the meaning of oral health care among the institutionalized elderly to questions of public policy, given the current national context of the implementation of health and oral hygiene policies. It is a qualitative study based on the *Grounded Theory*. The two sample groups were composed of three elderly people, four caregivers, two nursing personnel, and three administrators in the first, with three dentists, three civil service managers, and one administrator in the second. After re-reading the data collected through open interviews and comparative analysis, the category Inserting elderly oral health care in the political-organizational dimension encompasses health/oral health public policies. In spite of legal guarantees, increased resources, and expansion of the services, the implementation of public policies which include the elderly in oral health actions is incipient to assuring a public-state-governmental commitment and to transforming epidemiological reality.

PALABRAS CLAVE: Salud del anciano. Políticas públicas de salud. Salud bucal.

RESUMEN: El presente artículo forma parte de una investigación sobre el cuidado a la salud bucodental, realizada en residencias geriátricas. Su objetivo es relacionar el significado del cuidado a la salud bucodental del anciano, institucionalizando los asuntos referentes a las políticas públicas, en el actual contexto nacional de implementación de políticas de salud/salud bucal. Se trata de un estudio cualitativo basado en la *Grounded Theory*. Participaron del estudio tres ancianos, cuatro cuidadores, dos enfermeros y tres administradores (primer grupo del muestreo); y, tres dentistas, tres gestores públicos y un administrador (segundo grupo del muestreo). Después de la relectura de los datos de las entrevistas y del análisis comparativo, la categoría: Insertando el cuidado a la salud bucodental del anciano en la dimensión político-organizacional incluyó las políticas públicas de salud/salud bucal. A pesar de las garantías legales, del crecimiento de los recursos y de la expansión de los servicios, la implementación de políticas públicas que incluyan al anciano en las acciones de salud bucodental es incipiente para garantizar el compromiso público-estadual y gubernamental que transforme la realidad epidemiológica.

Ana Lúcia S. Ferreira de Mello
Endereço: Rua Rosa, 159
88040-270- Pantanal, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: alfm@terra.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de abril de 2008
Aprovação final: 30 de outubro de 2008

INTRODUÇÃO

Apesar da retórica, o acesso dos idosos brasileiros ao oportuno e integral atendimento em saúde bucal, provido pelo Estado, frustra-se ante a insuficiência da cobertura necessária, que deriva das respectivas condições epidemiológicas associadas ao seu nível de renda. Os serviços públicos mostram-se despreparados para suprir esta demanda, juridicamente assegurada, mas não traduzida em acessibilidade e resolutividade. O acesso universal aos serviços, a garantia de tratamentos, o efetivo atendimento à saúde bucal do idoso, ainda faz parte das nossas utopias, embora surjam fatos novos que renovam esperanças, como equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e outras iniciativas que constituem boas práticas no âmbito de alguns Municípios e Estados.¹ Ainda assim, há um abismo entre o plano normativo, que assegura o direito à provisão de atenção à saúde bucal aos idosos, e a efetiva oferta.

A saúde bucal e os cuidados de que dela emanam são interpretados no Brasil como um direito dos cidadãos que deve ser garantido pelo Estado por meio de programas ou políticas públicas universais, aí contempladas como categoria especial, por sua fragilidade, os idosos. Porém, a ausência da cobertura estatal é suprida, parcialmente, por um regime privado de provisão e produção de serviços odontológicos disputando e atendendo o segmento da demanda capaz de pagar, restando ainda imensa população excluída do atendimento a suas necessidades mais elementares de cuidados à saúde bucal. Assim, o acesso e benefício proporcionado pelas novas tecnologias, restringem-se àqueles idosos que podem pagar o preço no mercado privado de serviços, ou àqueles que tenham a ampará-los algum plano corporativo de saúde, o que geralmente é raro para os que alcançaram a fase idosa.

O novo perfil demográfico brasileiro associado ao envelhecimento populacional acarretou mudanças nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade. Concomitante à ocorrência de doenças infecto-contagiosas, cresce a prevalência das enfermidades crônicas não transmissíveis² e, portanto, a importância dos respectivos fatores de risco, que requerem ações preventivas. A mudança de padrão não é diferente na saúde bucal na qual, a exemplo da situação de saúde geral, o perfil epidemiológico da saúde bucal da população brasileira também tem sofrido alterações, principalmente nos níveis de cárie dentária, a doença bucal mais

prevalente. Houve um decréscimo acentuado de aproximadamente 50% no índice de cárie, de 1986 a 1996, ainda que esse ganho seja socialmente desigual, confirmando a determinação social do processo saúde-doença. Em contrapartida, nas faixas etárias mais avançadas há incremento de cárie de raiz, doenças periodontais, patologias da mucosa bucal, e da necessidade de próteses.³

A insuficiência de políticas de compressão da morbidade e a fragilidade dos sistemas de apoio aos idosos,⁴ mais o padrão medicalizante e hospitalocêntrico dos serviços, configuram cenário no qual a demanda por assistência à saúde dos idosos, incluída a saúde bucal, só ocorre por ocasião da necessidade iminente de intervenção para tratar problemas instalados. Mesmo sendo precárias as condições de saúde bucal da população idosa e imensas as suas necessidades acumuladas, a utilização dos serviços odontológicos ainda é pequena. Pesquisas mostram que durante o envelhecimento, a visita ao médico aumenta, enquanto ao dentista diminui. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar de 1998, o padrão de uso dos serviços médicos se diferencia do odontológico.⁵ Enquanto 73,3% dos idosos haviam realizado consulta médica nos últimos 12 meses, dos quais 37,8% consultaram uma ou duas vezes, 6,9% de deles nunca haviam consultado o dentista. Dos que consultaram 79% o fez há mais de três anos.

Em âmbito nacional, o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de 2003 revelou que 65,7% dos idosos haviam realizado consulta odontológica há mais de três anos, e 5,8% nunca haviam ido ao dentista.³ A má condição de saúde geral, *status* funcional, medo, imagem negativa, escassez de recursos, indisponibilidade de equipamentos e profissionais, atitudes desencorajadoras de cuidadores e familiares, dificuldade de deslocamento e de marcação de consultas são barreiras que explicam a baixa procura.⁶ O idoso compõe uma demanda "invisível", pois muitos deles sequer chegam a procurar o serviço de saúde.

Portanto, três correntes convergem para que seja crescente e diversificado o estoque de necessidades de cuidado à saúde bucal do idoso no Brasil: o aumento acentuado da população idosa sem que haja crescimento compatível da atenção; o padrão de baixa procura de serviços odontológicos especializados por idosos e a chegada do contingente que alcança a fase idosa demandando conservação da saúde bucal conquistada nos anos de juventude, afetado em grande parte pelas doenças de caráter crônico-degenerativo. Assim, medidas de política

pública previdente, dotadas de efetividade, abrangentes, são indispensáveis, ou os agravos da saúde bucal significarão imensa demanda de serviços associada à grave crise de atendimento.

Este artigo teve como objetivo relacionar o significado do cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado a questões referentes às políticas públicas, no atual contexto de implementação de políticas de saúde e saúde bucal em nosso país. Cabe destacar que este texto é parte de uma investigação sobre o cuidado à saúde bucal de idosos, realizada no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Assim, deseja contribuir no debate sobre diretrizes para a política nacional de saúde bucal que seja efetivamente inclusiva, no que diz respeito à participação e garantia de direitos da população idosa, portanto promotora de saúde e do envelhecimento saudável.

METODOLOGIA

O conteúdo deste artigo foi concebido a partir dos dados coletados na pesquisa de campo que deu origem à Tese de doutorado intitulada "Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência",⁷ defendida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).*

Tratou-se de uma investigação de cunho qualitativo fundamentada na *Grounded Theory*⁷, realizada no âmbito de quatro ILPIs de Florianópolis e São José (SC). Este método está baseado na formação ordenada de uma teoria a partir dos dados encontrados por meio da pesquisa social. É o esforço para levar o concreto a um grau de abstração.⁸

A coleta de dados foi realizada no período de março a julho de 2005. Por meio da técnica da amostragem teórica,⁸ foram selecionadas pessoas que estavam direta ou indiretamente relacionadas ao cuidado à saúde bucal do idoso nos espaços das ILPIs. Foram entrevistadas 19 pessoas, que compuseram os grupos amostrais. O primeiro grupo foi composto por três idosos, quatro cuidadores técnicos e auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, três administradores de ILPIs filantrópicas (um deles membro de entidade ligada à defesa

do idoso). Do segundo grupo amostral participaram três cirurgiões dentistas da rede pública, três gestores de saúde (municipal e estadual), e um administrador de ILPI privada. Os dados foram gerados a partir da exposição da questão inicial: – Qual o significado do cuidado à saúde bucal do idoso para senhor(a)? Após a releitura dos dados recolhidos por meio de entrevistas abertas e respectiva análise comparativa, selecionou-se o material referente às questões emergentes sobre o significado do cuidado à saúde bucal e, sua relação com políticas públicas de saúde e saúde bucal, específicas para as pessoas idosas.

O projeto de pesquisa sob Nº 183/04 foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Após serem esclarecidos dos objetivos e método da pesquisa, foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual garantia o anonimato dos entrevistados, bem como a utilização dos dados exclusivamente para fins desta pesquisa. Todos os entrevistados concordaram e assinaram o termo.

POR UMA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL INCLUSIVA DOS IDOSOS: RESULTADOS

A identificação da categoria central **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso a partir do contexto das instituições de longa permanência** resultou da integração de sete categorias emergentes dos dados coletados – Atribuindo significado à saúde bucal; Determinando as condições de saúde bucal, a saúde bucal e o processo de envelhecimento; Entendendo as interações que se estabelecem no cuidado à saúde bucal do idoso; Gerindo o cuidado à saúde bucal do idoso em uma instituição de longa permanência; Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional e Vislumbrando possibilidades de melhores práticas no cuidado à saúde bucal do idoso. Dentre as sete categorias do estudo, a que se denomina **Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional**, de modo mais específico, engloba as políticas públicas de saúde e saúde bucal, sendo o foco deste artigo.

A possibilidade de compreender o cuidado à saúde bucal do grupo populacional idoso se concretiza a medida que se amplia a visão da abran-

* Apoio – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

gência do tema e das interações que se estabelecem entre pessoas e organizações que participam ou se relacionam com o fenômeno. Ao inserir o cuidado à saúde bucal nas dimensões jurídica, econômica, organizacional e política da sociedade, os participantes demonstram perceber para além da relação idoso-cuidador-residência as questões do cuidado à saúde bucal do idoso, que o torna um fenômeno coletivo importante e pertencente à esfera pública, e não só da área da saúde. Outro ponto considerado é o reconhecimento do cuidado à saúde bucal como 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, de visão imediatista, mas de modo processual, dinâmico, na perspectiva do envelhecimento saudável durante o curso da vida humana, respeitando integralmente as demandas de todas as idades.

A categoria **Inserindo o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional** representa esta constatação. As subcategorias que a compõem são: Considerando as políticas públicas relacionadas à saúde e ao idoso, Considerando questões do cuidado à saúde bucal no âmbito jurídico, Considerando questões econômicas relacionadas ao cuidado à saúde bucal, e Considerando o papel das organizações de saúde.

Considerando as políticas públicas relacionadas à saúde e ao idoso

As questões do cuidado à saúde bucal do idoso, vão muito além da relação idoso-cuidador-domicílio, em verdade elas configuram um fenômeno coletivo complexo,⁹ relevante e repleto de significados, inclusive simbólicos. Nesse contexto, os participantes assumem caber ao Estado contemporâneo a responsabilidade pela formulação e execução de uma política pública dirigida a esse segmento. Essa política pública deve compor um conjunto de ações coletivas dirigidas à garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público de resposta à determinada situação.

Durante muitos anos, a assistência odontológica pública no Brasil organizou-se de forma paralela e afastada da estruturação dos demais serviços que compunham o sistema de saúde. Atualmente, há uma tendência à integração conjugando a saúde bucal aos demais saberes e práticas, na perspectiva da promoção e vigilância em saúde, numa abordagem familiar e de defesa da vida e da dignidade humana.¹⁰

Resgatando a história das políticas de saúde bucal no país, percebe-se que, tradicionalmente, os modelos assistenciais adotados dirigiam-se ao atendimento à criança e à livre demanda nas Unidades de Saúde, sem ações específicas para a população adulta e idosa.¹¹

A decisão de implantação da ESF como forma de organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), reformulando o processo de trabalho em saúde, foi relevante para a reorganização da prática odontológica baseada nos princípios da promoção à saúde, prevenção de doenças, áreas de abrangência e de equipe multiprofissional. Trata-se da transformação do trabalho isolado do cirurgião-dentista em uma prática de saúde integrada, por meio da implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuando junto às Equipes de Saúde da Família.

A saúde bucal não tem sido contemplada a contento, entretanto, no momento os participantes apontam uma iniciativa que pode modificar esta realidade, com injeção de recursos específicos. Em março de 2004, o governo federal lançou uma Política Nacional de Saúde Bucal¹, com a marca "Brasil Sorridente", em que apresenta novas diretrizes para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho. A proposta é reorganizar a atenção à saúde bucal em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo central. O modelo fundamenta-se em duas abordagens: a primeira por "linhas de cuidado", segundo os grupos populacionais da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Para este último, defende a garantia ao acesso por meio da organização de grupos de idosos para atividades de educação e prevenção, a eliminação de filas e trâmites burocráticos, reserva de horários e dias específicos para o atendimento. A segunda abordagem é por "condição de vida", no caso a pessoa idosa seria incluída por fazer parte do grupo de pessoas acometidas por diabetes, hipertensão ou outra condição semelhante. Para o público idoso, as diretrizes também propõem aplicação de tecnologias inovadoras que possibilitem intervenções de maior impacto e cobertura. De interesse dos idosos é a inclusão da reabilitação protética no rol de procedimentos da atenção básica, todavia, condicionada à decisão e às possibilidades locais, estimuladas pelo anúncio de apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde.

Em 2006, a Portaria 648/Gabinete Ministerial, editou a nova Política Nacional da Atenção Básica

definindo a saúde bucal como uma das áreas estratégicas para a atuação em saúde em todo o país.¹² O documento trouxe contribuição importante em face das dúvidas sobre o papel da odontologia na ESF, ao estabelecer as atribuições comuns dos profissionais da saúde e específicas da ESB. Ainda que a definição de prioridades deva ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, a Saúde do Idoso é uma das seis prioridades pactuadas, sendo ações estratégicas: Caderneta de Saúde, Manual de Atenção Básica, Programa de Educação Permanente, Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Diferenciada na Internação Hospitalar e Atenção Domiciliar.

O novo modelo assistencial em saúde melhor reflete as aspirações da coletividade, que não mais aceita a doença bucal como algo natural e inexorável. O anseio por respostas às suas claras necessidades põe em cheque a histórica insuficiência de intervenção do Estado nos domínios da saúde bucal, insuficiência, tanto normativa como na oferta/produção de serviços. As novas abordagens desvelam carências administrativas e gerenciais no âmbito local, e constituem desafio aos trabalhadores da saúde para a plena e coordenada condução das questões de saúde bucal, de modo a implantar uma Política Nacional de Saúde Bucal inclusiva dos idosos que, excluídos no passado, conseguem agora expressar melhor seus anseios.

A política pública expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público.¹³ Nesta acepção, a decisão social deve elevar a uma dimensão coletiva, por ser conveniente e meritória a responsabilidade pela melhoria da saúde bucal dos idosos. Mas, no mundo democrático, o protagonismo estatal não combina, com a formulação de políticas exclusivamente estatais. Trata-se de ir além do Estado em ação, avançar na direção do Público em ação, entendendo-se que o Público é maior que o Estado, pois pressupõe a participação da sociedade civil, das organizações que a conformam, das empresas, das pessoas. O êxito de uma política inclusiva do idoso há de ser antes pública, que estatal. A política pública é mais abrangente que leis e está associada a uma esfera pública como distinta da esfera estatal.¹³

Considerando questões do cuidado à saúde bucal no âmbito jurídico

A *International Association of Gerontology*, em parceria com o *United Nations Programme on Ageing*, na 2ª Assembléia Mundial sobre Envelhe-

cimento, Madri, 2002, recomendou a promoção da saúde bucal entre os idosos e o estímulo à manutenção de seus dentes naturais pelo maior tempo possível por meio da implementação de políticas públicas culturalmente apropriadas e provisão de serviços assistenciais em saúde bucal ao longo do curso da vida.¹⁴

A Organização Mundial da Saúde, no *Oral Health Programme*, reforça o entendimento que a saúde bucal é parte integrante da saúde humana e fator determinante da qualidade de vida. Recomenda que as políticas de saúde bucal sejam integrante das políticas de saúde nas diferentes esferas de governo e encoraja os gestores públicos a adotarem estratégias para melhorar as condições de saúde bucal e qualidade de vida dos idosos.¹⁵

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 e a edição do Estatuto do Idoso, em 2003, contribuíram para a conscientização do direito dos idosos em relação às questões de saúde e de saúde bucal.¹⁶ O Estatuto regulamenta os direitos e as medidas de proteção asseguradas a maiores de 60 anos, contemplando as áreas de educação, saúde, habitação, transportes, e estabelecendo penalidades por infrações que violem seus direitos.

Vale mencionar a lei N° 8.842/94 que havia instituído uma Política Nacional do Idoso;¹⁷ a Portaria 1.395/99 recriando uma Política de Saúde do Idoso;¹⁸ a Portaria 73/01 (Secretaria de Estado da Assistência Social/Ministério da Assistência e Previdência Social) orientando o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil;¹⁹ e a Resolução da Diretoria Colegiada N° 283/05, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, aprovando Regulamento Técnico que, entre outras normas, exige um Plano de Atenção Integral à Saúde dos idosos residentes em instituições de longa permanência.²⁰

Essas manifestações institucionais expressam a necessidade de uma atenção política em saúde bucal para o segmento idoso, pois o reconhecem com necessidades e direito a uma rede de proteção social, pois hoje prossegue excluído de uma atenção sistemática, negligenciado socialmente, e em consequência ainda mais vulnerável.

Perceber a saúde como direito individual e coletivo é, no ambiente democrático, um significativo passo para a aceleração da conquista da cidadania e essa percepção do direito de cobrar do Estado à assistência integral à saúde bucal ainda não é corrente. Os entrevistados reconhecem este fato. A reabilitação em odontologia, por exemplo, é

vista por muitos idosos excluídos como um serviço privado, de modo que estes não cobram explicitamente das organizações do Estado o tratamento de que necessitam.

Como a experiência individual e coletiva do envelhecimento não é homogênea, daí resulta ampla diversidade de condição de vida e saúde das pessoas idosas. Essa realidade tem tido interpretação dual.²¹ Uma é construída a partir de imagem da velhice como um problema inexorável, capaz de sobrepor-se a diferenças sociais, econômicas e étnicas. Ao envelhecimento associa-se doença, incapacidade, desprazer, terminalidade. Outra interpretação desconsidera o marcador cronológico como significativo. Rejeita estereótipos da velhice como um período de perdas, de situação de dependência, de doenças, de impossibilidade de vida prazerosa. Em conseqüência, pode-se inferir que, no primeiro caso, a formulação de políticas públicas reflete uma decisão de apoiar um ser doente, abandonado e carente de assistência.²¹ Aqui os valores da caridade e da solidariedade se elevam. Já no segundo caso, os gestores encontram-se na contingência de promover políticas de saúde como mecanismo intrínseco à preservação da vida e da dignidade, na perspectiva de um envelhecer saudável. Agora o que se eleva é o exercício da cidadania, da responsabilidade ética, valores estes diversos do altruísmo. Nesta última direção segue que a manutenção e melhoria da saúde bucal de idosos envolvem estratégias de promoção de saúde focadas, não somente nos limites da cavidade bucal, mas, também em características da vida dos idosos e nos fatores determinantes do seu processo de viver e ser saudável.²²

Considerando questões econômicas relacionadas ao cuidado à saúde bucal

O cuidado à saúde bucal também é condicionado por aspectos relacionados à disponibilidade e aplicação dos recursos financeiros. Constata-se que as pessoas de baixa renda têm o acesso dificultado aos serviços de saúde e à informação. Os participantes relatam que há, de modo geral, uma diferenciação na acessibilidade e na abordagem do cuidado à saúde bucal, segundo o nível sócio-econômico do idoso.

As questões de financiamento público determinam o tipo e a abrangência dos serviços prestados pela rede municipal. O município recebe recursos de esferas superiores para garantir a prestação dos serviços de atenção básica à

saúde, incluindo saúde bucal e saúde do idoso. A transferência orçamentária acaba condicionando as ações a serem implementadas pelo município. Os gestores públicos da saúde estão sempre na dependência e em busca de recursos financeiros para agir. A saúde bucal não tem sido contemplada a contento, entretanto no momento se aponta a nova Política de Saúde Bucal nacional, como uma iniciativa que pode modificar esta realidade, com injeção de recursos específicos para saúde bucal.

Por meio da descentralização, no SUS, os municípios recebem recursos para garantir a prestação dos serviços de atenção básica à saúde, onde se inclui a saúde bucal e a saúde do idoso. O tipo da transferência orçamentária condiciona ações, gera dependência e a insuficiência exige dos gestores públicos da saúde continuada busca de recursos financeiros. Assim, a ação final é menos fruto do plano-resposta à realidade epidemiológica e às necessidades locais do idoso, e é mais resultado da regra e das condicionalidades do financiamento, ainda que a ação seja matizada pelo esforço pessoal, abnegado, aplicado a ela.

A Emenda Constitucional 29 de 2000, ampliou a vinculação de recursos orçamentários para a saúde.²³ Porém, não basta crescerem os recursos, é indispensável a sistemática avaliação da qualidade e perfil do gasto, pois só assim haverá modificações estruturais na alocação, capazes de alcançar maior resolutividade e cobertura para os idosos. A avaliação atual é limitada, restringindo-se à indicadores de aspectos quantitativos muito gerais.

A política pública é uma função da capacidade de unidade e barganha entre indivíduos, grupos e associações de interesses tendo como alvo as decisões alocativas das agências governamentais.¹³ Os grupos dedicados à defesa dos direitos dos idosos, como tem ocorrido em outros países, pouco a pouco melhor articularão suas ações e demandas.

Os participantes reconhecem que os profissionais do serviço público de saúde municipal são mal remunerados e que existem diferenças salariais injustas entre categorias profissionais.

Considerando o papel das organizações de saúde

Combate a posturas preconceituosas e discriminantes, acesso ao tratamento, adequação das práticas pelos profissionais, superação das deficiências físicas e financeiras, atendimento a idosos no domicílio, e em instituições residenciais e hospitalares e, ainda, envolvimento comunitário na es-

truturação de políticas públicas de saúde bucal são alguns desafios apontados a serem superados para promoção do cuidado à saúde bucal de idosos.²⁴ A esse rol acrescenta-se o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre sua saúde e assim melhorá-la. As ações estratégicas para efetivar a promoção da saúde envolvem a elaboração de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de aptidões pessoais e a reorganização dos serviços para uma ação pró-ativa.

A aproximação dos conceitos da promoção da saúde à saúde bucal da população idosa deve resultar na elaboração de políticas e protocolos de atenção específicos, ataque aos mitos e estigmas, suporte ao ensino e pesquisa da Odontogeriatrics, envolvimento multidisciplinar, capacitação de recursos humanos, exames bucais periódicos, identificação de grupos de risco, aumento da utilização da fluoroterapia como medida preventiva de saúde pública, garantia de acesso a tratamento odontológico integral e disseminação de informações.²²

No campo da educação em saúde, os entrevistados destacam a vasta contribuição possível dos serviços, do sistema formal de ensino e das organizações sociais com objetivo de sustentar práticas de cuidado à saúde bucal para o envelhecimento saudável, bem como de fechar o *gap* de informação mediante processos de comunicação social, adequados às características da população idosa. A universidade pode constituir espaço de mobilização e de derrubada de mitos, estigmas e preconceitos que o imaginário do envelhecimento humano, da odontologia e do dentista ainda impregnam no senso comum.

Numa visão de promoção da saúde os serviços vão ao encontro da população. Conhecer a demanda é fundamental para planejar o volume e o modo da provisão, ante as possibilidades reais da oferta atual e futura, bem como para a fixação das prioridades. A melhoria da estruturação dos serviços de atendimento ao idoso no SUS, de modo a garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações depende do desenvolvimento de planos e metas, implementação de infra-estrutura, processos e contra-processos e mecanismos de avaliação para acompanhar os trabalhos. Os serviços devem manter atualizada a identificação das condições e das necessidades de saúde bucal dos idosos, por meio da realização de levantamentos epidemiológicos periódicos, discriminados para essa faixa etária, nos seus diferentes espaços de inserção, observando a adequabilidade de índices,

e levando em conta a subjetividade dos indivíduos. Os serviços devem ser dotados de sistema que garanta o acesso, possibilite o tratamento, consultas e retornos necessários, e que não opere sob bases exclusivamente curativas. Manter centros de referência especializados para idosos, onde também se desenvolvam ações de promoção do cuidado à saúde bucal, em vários níveis, educativo, preventivo, curativo e de reabilitação, realizados por profissionais capacitados, é uma providência inclusiva que otimiza os recursos.

O comparecimento do idoso ao dentista é desestimulado pelo rol escasso de procedimentos oferecidos na atenção básica. A ampliação da oferta com tratamentos mais resolutivos ainda na atenção básica e um bom sistema de referência e contra-referência são medidas urgentes. Disponibilizar procedimentos mais avançados na entrada do sistema facilitaria a inclusão dos idosos que hoje se mantém a margem. Proporcionar ao idoso cuidado em múltiplas áreas de saúde, também aumenta a probabilidade de receber tratamento resolutivo e adequado às suas necessidades e contribui para ampliar a procura por serviços de saúde bucal. Nessa circunstância deve ser estimulada maior comunicação entre profissionais e entre instituições de saúde por meio de intercâmbios, troca de informações e experiências.

Os serviços públicos de saúde bucal devem ampliar seus locais de atendimento, para chegar até os idosos que não podem se deslocar até as Unidades de Saúde. Isso inclui ações domiciliares, em hospitais e em instituições de longa permanência. O grupo de pessoas institucionalizadas deve ser alvo de cobertura específica e não pode depender somente das instituições, e requer uma ação articulada com o poder público.

A precariedade no cuidado à saúde bucal dos idosos desafia o gerenciamento no setor saúde. Ferramentas atualizadas de gestão pública são essenciais para a boa operação e qualidade do serviço de saúde bucal. Incorporar conhecimentos de administração (gestão de pessoas, da qualidade, da informação, etc.), e de saúde coletiva (economia da saúde, epidemiologia, planejamento, etc.) são meios para alcançar desempenhos produtivos, resolutivos e eficientes. A adoção de processos de educação permanente que qualifiquem mais pessoas no trabalho comprometido com idosos e a participação de profissionais da área gerontogeriatrica na formulação e implementação de políticas públicas são fundamentos também desejáveis para uma política inclusiva.

No manejo dos problemas de saúde convém considerar a intersectorialidade no desenvolvimento das ações: a política econômica, previdenciária, de educação, de saneamento básico, de segurança e habitação, de desenvolvimento sustentável. Entretanto, não se pode esperar pelas transformações em outras áreas e por suas conseqüências positivas para a saúde. Indiretamente, vários fatores contribuem para a saúde, todavia, isso não é argumento para que se abdique das ações próprias que atuam diretamente sobre o campo da saúde bucal do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O quadro normativo, a alocação de recursos financeiros e a estrutura, operação, cobertura, e abrangência dos serviços de saúde públicos são variáveis que possibilitam analisar e compreender o estado atual da condição de saúde bucal da população. Apesar das garantias legais, crescimento dos recursos e expansão dos serviços, a implementação de políticas públicas que incluam o idoso nas ações de saúde bucal é ainda incipiente para assegurar o comprometimento ativo público-estatal-governamental com o idoso e sua saúde e, assim, transformar a realidade epidemiológica. A insuficiência de respostas públicas às amplas necessidades odontológicas dos idosos compõe um quadro de latente insatisfação, ainda que não ocorram manifestações coletivas dos envolvidos.

A categoria em análise neste estudo - Inserir o cuidado à saúde bucal do idoso na dimensão político-organizacional congrega e explicita as relações existentes entre o significado do cuidado à saúde bucal do idoso residente em ILPIs às questões referentes à formulação e implementação de políticas públicas de saúde e saúde bucal. Os componentes desta relação reportam-se à temática das políticas públicas relacionadas à saúde e ao idoso propriamente, ao cuidado à saúde bucal nos âmbitos jurídico e econômico, e ao papel das organizações de saúde.

No Estado brasileiro, apesar de proclamar-se a universalidade e a integralidade das ações de saúde e de se emitirem sinais positivos pela Administração Pública, mantém-se a grande maioria do segmento idoso excluído do cuidado à saúde bucal. Para promover alterações nessa realidade faz-se necessário desenvolver senso crítico, pesquisar e promover a adoção de novas práticas, construir estratégias diferenciadas, promover o envolvimento comunitário, integrar ações e mobilizar recursos, sempre na perspectiva do envelhecer com saúde.

Quanto mais espaços forem conquistados, quanto mais pessoas estiverem envolvidas e contagiadas pela prática da inclusão e maior for o estímulo para o desenvolvimento de uma consciência cidadã, mais a população estará deliberando sobre políticas públicas saudáveis e inclusivas, especialmente com relação à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004.
2. Veras R. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Relume-Dumará/UERJ; 2002.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004.
4. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção e alternativas. *Rev Saúde Públ.* 1997 Jan; 31(2):184-200.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa nacional por amostra domiciliar: Acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2000.
6. Strayer M. Oral health for homebound and institutionalized elderly. *J Calif Dent Assoc.* 1999 Sept; 27(9):703-8.
7. Mello ALSF. Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2005.
8. Glaser B. Grounded theory perspective III: theoretical coding. Chicago (USA): Sociology Press; 2005.
9. Erdmann, AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jul-Set; 15(3):483-91.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de atenção básica, N° 17. Brasília (BR): Departamento de Atenção Básica; 2006.
11. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva.* 1999 jan; 2(1):9-14.

12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Normas e Manuais Técnicos. v.4. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2006.
13. Costa NR. Políticas públicas, justiça e inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo (SP): Hucitec; 1998.
14. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Naciones Unidas (USA): Nueva York; 2002.
15. World Health Organization. The oral health report 2003. Geneva (SZ): WHO; 2003.
16. Brasil. Lei N° 10.741, de 1° de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, 03 Out 2003.
17. Brasil. Lei N° 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União 05 Jan 1994.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília; 1999.
19. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Portaria N° 73 de 10 de maio de 2001. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília; 2001.
20. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria do Colegiado N° 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico que define normas de funcionamento para instituições de longa permanência para idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União 27 Set 2005.
21. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo (SP): EDUSP; 2004.
22. Chalmers J. Oral health promotion for our ageing Australian population. Aust Dent J. 2003 Mar; 48(1):2-9.
23. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional N° 29. Altera a Constituição Federal para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília; 2000.
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.