



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Conceição Ferreira, Raquel; Wolff Schwambach, Carolina; Silami de Magalhães, Cláudia; Nogueira Moreira, Allyson

Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 4, abril, 2011, pp. 2323-2333

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018472032>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas

Dental care and oral hygiene practices in long-term geriatric care institutions

Raquel Conceição Ferreira<sup>1</sup>  
 Carolina Wolff Schwambach<sup>2</sup>  
 Cláudia Silami de Magalhães<sup>2</sup>  
 Allyson Nogueira Moreira<sup>2</sup>

**Abstract** This study evaluated the activities of dentists, dental care and oral hygiene practices in the long-term care institutions of Belo Horizonte (Minas Gerais, Brazil). A semi-structured questionnaire was handed out to the coordinators of 37 philanthropic and 30 private institutions. The data was compared by the chi-square and Fisher's Exact Tests. 81% of the questionnaires were answered. The majority of the private (74.2%) and philanthropic institutions (87%) do not have a dentist ( $p=0.21$ ). The location, period of existence, type institution kind and number of residents weren't factors regarding the presence of a dentist ( $p>0.05$ ). 67% of the philanthropic institutions with equipped consultation rooms had dentists, though there were none when there was no consultation room. Even without consultation rooms, 13% of the private institutions had dentists. When necessary, 69.6% of the philanthropic institutions refer the elderly to public health centers, while 58.1% of the private institutions refer them to their family dentists. A higher percentage of the private institutions adopted systematic oral hygiene procedures ( $p=0.01$ ), with a considerable divergence of treatment reported. There is a need to include a dentist on the health staff in the institutions and for systematization of oral hygiene practices.

<sup>1</sup>Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, s/nº, Vila Mauricéia. 39401-089 Montes Claros MG.

ferreira\_rc@hotmail.com

<sup>2</sup>Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

**Key words** Integrated healthcare for the aged, Oral hygiene, Long-term care institutions for the elderly

**Resumo** Este estudo avaliou a atuação de cirurgiões-dentistas (CD) nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte (MG) e as práticas de higiene bucal adotadas. Questionários semiestruturados foram entregues aos coordenadores das 37 instituições filantrópicas e trinta privadas e coletados após uma semana. Os resultados foram comparados pelos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher ( $p<0.05$ ). Houve retorno de 81% dos questionários. A maioria das instituições privadas (74,2%) e filantrópicas (87%) não possui CD na equipe de saúde ( $p=0,21$ ). A localização da instituição, o tempo de fundação, o tipo e o número de residentes não interferiram na presença de CD ( $p>0,05$ ). Nas instituições filantrópicas com consultório, 67% possuíam CD, e nenhum CD trabalhava onde não havia consultório. Mesmo sem consultório, 13% das instituições privadas possuíam CD. 69,6% das filantrópicas encaminhavam o idoso em caso de necessidade para centros de saúde e, nas privadas, 58,1% direcionavam ao familiar ( $p=0,00$ ). Maior percentual de instituições privadas adotava medidas sistematizadas de higiene bucal ( $p=0,01$ ), com grande variabilidade nas condutas relatadas. Há necessidade da incorporação do CD na equipe de saúde das instituições e da sistematização das práticas de higiene bucal.

**Palavras-chave** Atenção integral ao idoso, Saúde bucal, Instituições de longa permanência para idosos

## Introdução

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida. Paralelamente às transformações no perfil demográfico, o Brasil vem sofrendo profundas mudanças sociais como a urbanização e as alterações na estrutura familiar. Esses fatores poderão contribuir para um aumento da demanda por instituições de longa permanência<sup>1,2</sup>, que deverão ser parte integrante e indispensável dos programas de atenção à população idosa. O envelhecimento populacional vem sendo motivo de grande preocupação pelas implicações que pode ter no atendimento às necessidades básicas do idoso. Tal situação atinge políticas públicas de ação específica sobre idosos, para a promoção do seu bem-estar físico, social, econômico e psicológico<sup>1</sup>.

Na área da saúde bucal, há uma ausência de programas voltados para os idosos e um quadro epidemiológico precário. No Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal realizado no Brasil pelo Ministério da Saúde de 2002 a 2003, o edentulismo foi considerado um grave problema no grupo etário de 65 a 74 anos<sup>3</sup>. Outros estudos mostraram o mesmo quadro de ausência de dentes, além de alta prevalência de doença periodontal, lesões de mucosa, alto índice de uso e necessidade de próteses<sup>4-7</sup>. Segundo Silva e Valsecki Jr.<sup>5</sup>, os idosos institucionalizados, devido ao seu maior grau de fragilidade, apresentam pior condição de saúde bucal do que os idosos não institucionalizados. A população idosa nas instituições é muito heterogênea quanto às necessidades e habilidade de autocuidado, possuindo um número acentuado de pessoas mental e fisicamente fragilizadas<sup>8</sup>.

Entre os cuidados de saúde de responsabilidade das instituições, estão incluídos os cuidados odontológicos<sup>9</sup>. Entretanto, a negligência com os cuidados bucais em instituições tem sido documentada, e diferentes explicações, como falta de tempo, conhecimento, interesse, dificuldade em lidar com idosos com comprometimento funcional e cognitivo, são dadas pelos responsáveis por esta atenção<sup>10</sup>. Esta situação pode contribuir para deterioração da saúde bucal dos idosos, potencializando os problemas existentes.

O objetivo desse estudo foi comparar as instituições de longa permanência filantrópicas e privadas de Belo Horizonte quanto a variáveis sociodemográficas e à composição da equipe de saúde e avaliar a atuação de cirurgiões-dentistas nessas instituições, bem como as práticas de higiene bucal adotadas.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado nas instituições de longa permanência geriátricas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em fevereiro de 2006. Participaram todos os coordenadores das trinta instituições filantrópicas e 37 privadas, distribuídas nas nove regionais administrativas do município de Belo Horizonte (Leste, Oeste, Norte, Centro-Sul, Noroeste, Nordeste, Venda-Nova, Pampulha, Barreiro).

Os dados foram obtidos por meio de um questionário semiestruturado autoaplicado, previamente testado. Esse instrumento foi entregue em mãos, pelo pesquisador, aos coordenadores das instituições participantes do estudo durante o seu turno de trabalho. Após o período de uma semana, os questionários respondidos foram coletados pelo mesmo pesquisador. Previamente à entrega do questionário, foi realizado um contato telefônico com todos os coordenadores das instituições para confirmação de endereço, esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre a visita do pesquisador. Nesse primeiro contato, também foram coletadas informações sobre o número de idosos residentes e sua distribuição por sexo. A lista atualizada das instituições de longa permanência filantrópicas e privadas, com o nome dos coordenadores das instituições e o telefone para contato, foi fornecida pela Promotoria de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência Física e do Idoso.

As instituições de longa permanência privadas e filantrópicas foram caracterizadas quanto ao número de residentes e sua distribuição por gênero, à localização nas nove regionais administrativas de Belo Horizonte, ao tempo de fundação, ao tipo (segundo sua composição por gênero do residente: masculina, feminina ou mista) e quanto à constituição da equipe de saúde atuante.

A variável dependente deste estudo foi a oferta de atenção odontológica avaliada pela presença de um ou mais cirurgiões-dentistas em atividade na instituição, sendo a resposta dicotômica: com ou sem oferta de atenção. As variáveis independentes foram modalidade da instituição (filantrópica ou privada), presença de consultório odontológico convencional na instituição, tipo, localização e tempo de fundação da instituição e número de idosos residentes.

Além disso, os coordenadores foram questionados quanto às medidas adotadas pelas instituições em relação à saúde bucal dos residentes e à rotina de higiene bucal dos idosos. Estas duas

últimas questões foram avaliadas por perguntas não estruturadas.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os coordenadores das instituições assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram submetidos à análise descritiva. As variáveis numéricas foram comparadas pelo teste Mann-Whitney. A existência de diferenças entre as modalidades das instituições (privada e filantrópica) e a relação entre a oferta ou não de atenção odontológica nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte com as variáveis independentes listadas foram verificadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. O nível de significância considerado foi de 5,0%. Para a realização dos testes, foi empregado o pacote estatístico Epi Info versão 3.3.2.

## Resultados

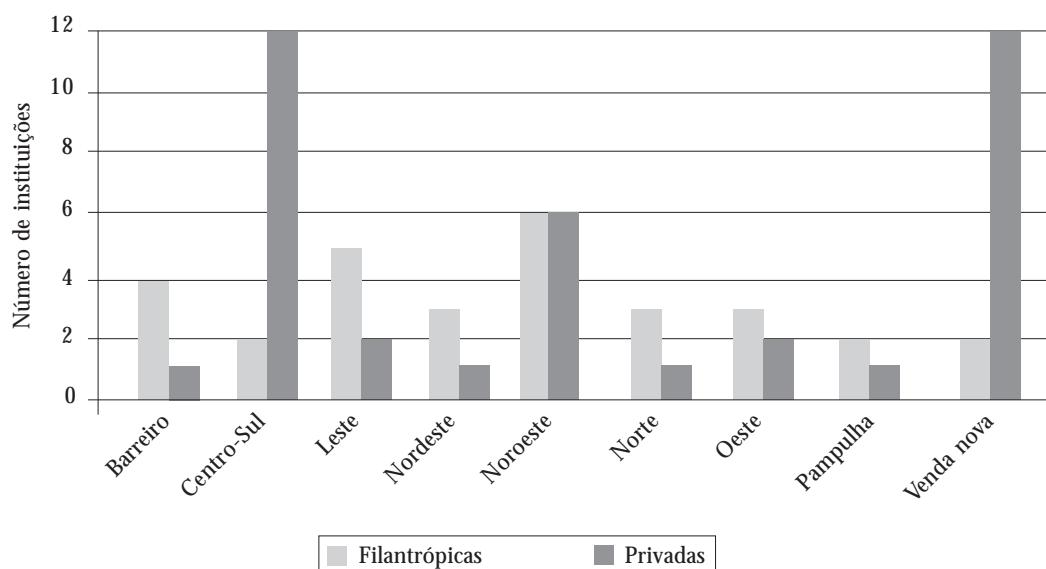
No momento da coleta de dados, residiam 1.669 idosos nas instituições pesquisadas (68% nas filantrópicas), com um predomínio de mulheres (74%), tanto nas instituições privadas (71%) como nas filantrópicas (75%). O número médio

de idosos nas instituições privadas foi de 15 idosos/instituição ( $\pm 9$ ; 4 a 38) e nas filantrópicas de 38 idosos/instituição ( $\pm 31$ ; 7 a 120) ( $p=0,00$ ). As instituições estavam heterogeneamente distribuídas no município de Belo Horizonte ( $\chi^2=21,07$ ;  $p=0,00$ ), com as instituições privadas mais frequentemente localizadas nas regionais Centro-Sul e Pampulha e as filantrópicas nas regionais Barreiro, Leste, Nordeste, Norte, Oeste e Venda Nova (Gráfico 1).

A taxa de resposta foi de 81% (54 questionários), e os dados apresentados a seguir se referem a 23 instituições filantrópicas (76,7%) e 31 privadas (83,8%).

As instituições filantrópicas avaliadas foram, em média, mais antigas que as privadas, apresentando maior tempo de fundação (filantrópicas =  $28,17 \pm 19,14$  anos; privadas =  $5,87 \pm 4,92$  anos) ( $p=0,00$ ).

As instituições filantrópicas e privadas diferiram entre si segundo o seu tipo, baseado na composição dos seus residentes por gênero ( $\chi^2=16,58$ ;  $p=0,00$ ), havendo entre as privadas um predomínio do tipo “mista” (93%) e nenhuma instituição “masculina”. Entre as filantrópicas, a maioria das instituições era “feminina” (52%), seguindo-se instituições que recebiam indivíduos de ambos os sexos (44%).



**Gráfico 1.** Distribuição das instituições de longa permanência filantrópicas e privadas de Belo Horizonte (MG) por regiões administrativas do município.

Na análise da equipe de saúde, de maneira geral, maior percentual de instituições privadas possuía profissionais de diferentes áreas de atuação. O cirurgião-dentista fazia parte da equipe de saúde em 25,8% e 13% das instituições privadas e filantrópicas, respectivamente. Considerando toda a equipe de profissionais de saúde das instituições, os cirurgiões-dentistas estavam entre os que menos frequentemente apareceram (Tabela 1).

As variáveis avaliadas não apresentaram efeito significativo sobre a oferta de atenção odontológica nas instituições participantes. Na maioria das instituições foi observada ausência de atenção odontológica, independentemente da modalidade, da localização, do tempo de fundação, do tipo, do número de idosos residentes e da presença de consultório odontológico convencional (Tabela 2).

A relação entre a presença de consultório odontológico convencional e a atenção odontológica não foi significativa. No entanto, foi verificado que todas as três instituições que possuíam consultório odontológico eram filantrópicas. Assim, ao analisar essa relação isolando o efeito da modalidade, a presença de consultório odontológico convencional interferiu positivamente na presença de atenção odontológica nas instituições filantrópicas. Nas instituições com consultório, 67% possuíam pelo menos um cirurgião-dentista em atividade, e entre as que não possuíam consultório, somente em uma delas (5%) havia atenção odontológica ( $p=0,03$ ). No entanto, mesmo sem consultório odontológico convencional, foi observado que 25,8% das instituições privadas ofereciam serviços odontológicos aos seus residentes por meio da contratação de atendimento

domiciliar com ou sem a utilização de consultórios odontológicos portáteis (Tabela 3).

Quando os coordenadores das instituições de longa permanência foram questionados quanto às medidas adotadas pelas instituições em relação à saúde bucal dos residentes, houve, no total dos casos, relato de encaminhamento perante uma necessidade. Na maioria (69,6%, n=16) das instituições filantrópicas, os coordenadores relataram encaminhar o idoso para um centro de saúde. Nas instituições privadas, a família foi responsabilizada pelo encaminhamento do idoso na maioria dos casos (n=18; 58,1%). Vale ressaltar que em oito (25,8%) instituições privadas, os coordenadores relataram contratar um cirurgião-dentista para realização de atendimento na própria instituição com o uso ou não de consultórios odontológicos portáteis. Nas filantrópicas, esse tipo de atenção não foi citado pelos coordenadores das instituições (Gráfico 2).

Os coordenadores das instituições de longa permanência privadas (90,3%) relataram com mais frequência que aqueles das filantrópicas (60,9%) a adoção de uma rotina de higiene bucal e das próteses nos idosos residentes ( $p=0,01$ ). As práticas de higiene bucal relatadas pelos coordenadores variaram muito entre as instituições, evidenciando a ausência de uma sistematização das condutas adotadas entre elas.

## Discussão

A taxa de resposta dos questionários foi de 81%, considerada “muito boa” para estudos em que esse instrumento é empregado<sup>11</sup>. Embora os questionários tenham sido entregues pelo pesquisador

**Tabela 1.** Frequência absoluta e relativa das instituições filantrópicas e privadas que possuem profissionais de saúde nas diferentes áreas de atuação. Belo Horizonte (MG), 2006.

Profissionais de saúde	Instituições privadas (n=31)	Instituições filantrópicas (n=23)
Médico	23 (74,2%)	21 (91,3%)
Enfermeiro	8 (25,8%)	6 (26,1%)
Técnicos de enfermagem	22 (71%)	11 (47,8%)
Auxiliar de enfermagem	24 (77,4%)	16 (69,6%)
Psicólogo	13(41,9%)	11 (47,8%)
Assistente social	5 (16,1%)	9 (39,1%)
Nutricionista	25 (80,6%)	8 (34,8%)
Cirurgião-dentista	8 (25,8%)	3 (13%)
Fisioterapeuta	28 (90,3%)	15 (65,2%)
Cuidadores formais	25 (80,6%)	18 (78,3%)
Terapeuta ocupacional	25 (80,6%)	11 (47,8%)

**Tabela 2.** Distribuição proporcional das instituições de longa permanência de Belo Horizonte segundo a oferta de atenção odontológica e as variáveis independentes avaliadas. Belo Horizonte (MG), 2006.

<b>Variáveis independentes avaliadas</b>	<b>Oferta de atenção odontológica</b>		<b>Valor de p</b>
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	
Modalidade da instituição			
Filantrópica	3 (13%)	20 (87%)	
Privada	8 (25,8%)	23 (74,2%)	p=0,21
Localização da instituição			
Barreiro	0 (0%)	3 (100%)	
Centro-sul	4 (36,4%)	7 (63,6%)	
Leste	1 (20%)	4 (80%)	
Nordeste	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
Norte	1 (50%)	1 (50%)	p=0,50
Oeste	1 (20%)	4 (80%)	
Pampulha	3 (25%)	9 (75%)	
Venda Nova	0 (0%)	2 (100 %)	
Noroeste	0 (0%)	11 (100 %)	
Tempo de fundação			
0 a 10 anos	6 (20%)	24 (80%)	
11 anos ou mais	5 (20,8%)	19 (79,2%)	p=0,94
Tipo de instituição			
Feminina	2 (14,3%)	12 (85,7%)	
Masculina	0 (0 %)	1 (100 %)	p=0,69
Mista	9 (23,1%)	30 (76,9%)	
Número de residentes			
1 a 10 idosos	2 (15,4%)	11 (84,6%)	
11 a 30 idosos	7 (25,9%)	20 (74,1%)	p=0,60
Mais de 30 idosos	2 (14,3%)	12 (85,7%)	
Presença de consultório odontológico convencional			
Sim	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Não	9 (17,6%)	42 (82,4%)	p=0,10

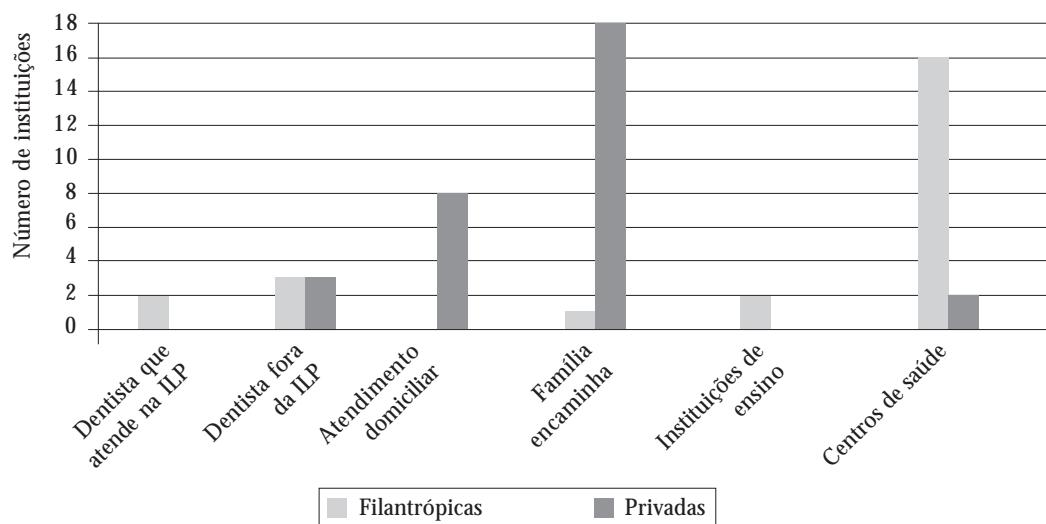
**Tabela 3.** Relação entre a oferta de atenção odontológica e a presença de consultório odontológico convencional nas instituições de longa permanência filantrópicas e privadas de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), 2006.

<b>Existe atenção odontológica</b>	<b>Possui consultório odontológico convencional</b>			
	<b>Filantrópicas</b>		<b>Privadas</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Sim	2 (66,7%)	1 (5%)	0	8 (25,8%)
	1 (33,3%)	19 (95%)	0	23 (74,2%)
p=0,03				

dor, o qual retornou após uma semana para re-colher-los, 12 coordenadores de instituições (19%) se recusaram a participar. As perdas foram homogêneas entre as regionais e as modalidades das instituições (filantrópicas=7 e privadas=6).

Os resultados deste trabalho em relação ao número de instituições e de idosos residentes em

Belo Horizonte foram comparados aos de Chaimowicz e Greco<sup>12</sup>, que avaliaram a dinâmica de institucionalização de idosos nesse município, em 1994. Nesse período, o número total de instituições de longa permanência aumentou de 40 para 67. Houve o surgimento de 31 novas instituições privadas e uma redução de duas instituições fi-



**Gráfico 2.** Distribuição das instituições de longa permanência filantrópicas e privadas de Belo Horizonte (MG) por regiões administrativas do município.

lantrópicas. Em 1994, as instituições filantrópicas, sem fins lucrativos, vinculadas à Sociedade São Vicente de Paulo ou entidades religiosas, representavam 80% (32 instituições) e nelas residiam 85,3% do total de residentes (1.040 idosos), e nas oito instituições privadas residiam apenas 179 idosos. No presente estudo, as instituições filantrópicas mantinham 68% do total de residentes (1.134 idosos), e as particulares, apesar de representarem a maioria (55%), abrigavam menor número de idosos (535). Essa mudança representou um aumento de 36,9% no número de idosos institucionalizados (de 1.219 para 1.669), crescimento também observado na população idosa. Houve um aumento de 39,6% no número de indivíduos com 60 anos ou mais, de 1991 (146.537 idosos) para 2000 (204.573)<sup>13</sup>.

Vale ressaltar que houve crescimento das instituições privadas. Maior percentual de instituições de natureza privada, com finalidade lucrativa, foi também observado no Rio de Janeiro<sup>14</sup>. Essa mudança no perfil de distribuição das instituições de longa permanência em Belo Horizonte leva a uma reflexão sobre o acesso à institucionalização, pois as novas casas são prioritariamente destinadas àqueles que possuem recursos financeiros para custear a sua residência, e sobre o papel do poder público e sua responsabilidade diante de uma população crescente de idosos. Apesar de a Política Nacional do Idoso definir

que o atendimento ao idoso deve ser, preferencialmente, na modalidade não asilar, determina que a modalidade asilar de assistência social ao idoso **ocorre no caso da inexistência do grupo familiar; abandono e carência de recursos financeiros próprios ou da própria família**<sup>15</sup>. Entretanto, outros fatores podem determinar a institucionalização. As modificações na estrutura familiar e a dinâmica da sociedade, em que há, cada vez mais, a inserção do maior número possível de integrantes da família no mercado de trabalho, em especial a mulher, expõem a pessoa idosa ao risco de institucionalização<sup>16</sup>. Segundo Perline *et al.*<sup>16</sup>, **em determinadas situações ou períodos, a capacidade da família para o cuidado pode estar comprometida ou fragilizada e, nestas condições, o idoso pode constituir-se num entrave à autonomia dos familiares, seja pelas demandas do cotidiano, que não lhes possibilita conciliar cuidado e atividades de trabalho e do lar, ou pela impossibilidade de, dentro os familiares, encontrar um ou mais membros que se disponibilizem e se responsabilizem pelo cuidado do idoso**. Além disso, a opção da família pela institucionalização pode fundamentar-se nas dificuldades de relacionamentos dos membros da família com o idoso, o adoecimento do idoso gerando dependência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária e a dificuldade de se manter um cuidador formal. No entanto, a opção por residir em uma instituição de longa

permanência pode partir do próprio idoso, buscando atenção, conforto e atendimento às suas necessidades básicas. Segundo Herédia *et al*<sup>17</sup>, a ausência de um companheiro é um fator determinante para o asilamento.

Como em outros estudos, a maioria dos idosos institucionalizados de Belo Horizonte é do sexo feminino<sup>12,14,18,19</sup>. Essa distribuição se repete na população de idosos como um todo. Em Belo Horizonte, no censo demográfico realizado em 2000, o número absoluto de mulheres com 60 anos ou mais (123.959 – 60,6%) foi maior que o de homens na mesma faixa etária (80.614 – 39,4%)<sup>13</sup>. A maior institucionalização das mulheres pode ser explicada também por elas se tornarem viúvas mais cedo, apresentarem maior dificuldade para se casar ou para recasamentos após separação ou viuvez, e menores níveis de instrução, taxa de ocupação e renda<sup>12</sup>. A presença de instituições que aceitam somente mulheres pode contribuir para a diferença observada. De maneira semelhante, Moreno e Veras<sup>14</sup> observaram que 25% das instituições de longa permanência no Rio de Janeiro recebiam exclusivamente mulheres.

As instituições privadas e filantrópicas estavam heterogeneamente distribuídas nas nove regionais administrativas de Belo Horizonte, com as privadas mais frequentemente localizadas nas regionais Centro-Sul e Pampulha. Esse achado foi analisado empregando-se o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que identificou as regiões da cidade de Belo Horizonte onde vive a população mais vulnerável à exclusão social; quanto maior o índice, pior a situação da população<sup>20</sup>. As regionais Centro-Sul e Pampulha apresentam os menores valores de IVS do município<sup>21</sup>. Considerando as faixas do IVS, 70,2% das instituições privadas localizavam-se em regiões com IVS até 0,4, ao passo que 66,6% das filantrópicas, em regiões com IVS de 0,4 a 0,63. As instituições privadas, que possuem fins lucrativos, se instalaram preferencialmente em locais onde há maior concentração de indivíduos menos vulneráveis à exclusão social. Um dos aspectos na obtenção do índice é a renda. Assim, indivíduos que possuem maior renda podem apresentar maior chance de pagar pela sua moradia em uma instituição particular para idosos.

A portaria nº 810<sup>22</sup>, de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde, descreve as normas e os padrões para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Segundo o documento, os recursos humanos mínimos necessários ao funcionamento das instituições asila-

res e suas respectivas cargas horárias são a assistência médica (dez horas semanais), assistência de enfermagem (24 horas por dia), assistência psicosocial (incluídos o assistente social e o psicológico – dez horas semanais), assistência nutricional (cinco horas semanais) e assistência de reabilitação (que incluem o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta – dez horas semanais), incluindo ainda a necessidade de assistência odontológica, farmacêutica, apoio jurídico, administrativo, atividades de lazer e serviços gerais. Como no presente estudo, outros autores observaram a inexistência da equipe multidisciplinar nas instituições<sup>18,19</sup>.

A presença de cirurgião-dentista na equipe de profissionais de saúde foi muito pequena; além disso, nenhuma instituição relatou possuir outros profissionais atuando especificamente com saúde bucal, como técnico em higiene dental. Yamamoto e Diogo<sup>19</sup> observaram, na cidade de Campinas (SP), que duas das seis instituições avaliadas possuíam dentistas no quadro de profissionais de saúde. No entanto, os dirigentes das instituições não souberam informar sobre carga horária e tipo de vínculo de trabalho desses profissionais. Nascimento e Silva *et al*<sup>18</sup> observaram, em uma cidade do interior de São Paulo, que nenhuma das instituições de longa permanência avaliadas, sendo três de caráter privado e três filantrópicas, possuía dentista no corpo técnico administrativo atuante.

Segundo Shinkai e Cury<sup>23</sup>, a participação do cirurgião-dentista e do técnico de higiene dental ainda não é muito efetiva no contexto de atenção interdisciplinar ao idoso. A literatura sobre a odontologia na prática interdisciplinar na terceira idade é quase inexistente, havendo poucas menções de dentistas nas equipes de assistência ao idoso. Segundo os autores, uma das razões dessa dificuldade de vivência interdisciplinar para a odontologia reside na formação de base tecnicista, que privilegia o enfoque da superespecialização. É uma visão limitada de postura odontológica intervencionista, que tem suas raízes históricas fincadas em conceitos ultrapassados de saúde bucal desvinculada da saúde geral, sendo totalmente inadequada para o atendimento ao idoso.

A pequena participação do dentista ocorre não por ausência de demandas odontológicas na terceira idade. Ferreira<sup>7</sup> observou, entre os idosos institucionalizados de Belo Horizonte, alta prevalência de lesões de mucosa bucal, higiene bucal precária, alto índice de cárie dentária e doença periodontal e grande necessidade de próteses dentárias.

No presente estudo, a atenção odontológica não foi influenciada por modalidade, tipo, localização, tempo de existência e número de idosos residentes nas instituições, sugerindo que, de maneira geral, a odontologia assume pequena prioridade entre as ações de saúde disponibilizadas para o idoso nas instituições. Segundo Colussi e Freitas<sup>24</sup>, a saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento quando se discute a saúde da população idosa brasileira. A perda total dos dentes ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural do envelhecimento.

Mesmo nas instituições com atenção odontológica, o encaminhamento do idoso foi realizado diante de alguma necessidade odontológica percebida por algum profissional da instituição ou alguma queixa do idoso. Este achado sugere a negligência da instituição quanto ao cuidado bucal, uma vez que não é mencionada a adoção de medidas preventivas ou de cuidados periódicos. Uma ação só é desencadeada quando sinais ou sintomas das doenças bucais se tornam visíveis. Minayo<sup>25</sup> ressalta que a negligência, conceituada como recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em lhe aportar os cuidados de que necessita, é uma das formas de violência mais presentes no Brasil. Essa negligência pode ser explicada pela falta de conhecimento, por parte dos coordenadores e até mesmo de quem cuida diretamente do idoso, da importância de medidas preventivas e cuidados periódicos na manutenção da saúde bucal do idoso. Fernandes<sup>26</sup> relata que o mais grave problema relacionado ao funcionamento de instituições asilares é a falta de preparo dos profissionais que atuam no setor. Segundo o autor, essas dificuldades estão presentes tanto no caso dos dirigentes como no corpo de atendentes, sugerindo, como indispensável, a formulação de programas de formação profissional, treinamento e supervisão voltados para esses profissionais. O mesmo autor sugere como alternativa viável o trabalho das instituições juntamente às universidades: a universidade teria na população idosa um campo de estágio e de preparação para os profissionais de saúde, e as instituições beneficiariam-se com a prestação de serviços profissionais de melhor qualidade.

A busca do tratamento odontológico somente quando o idoso apresenta sinais e/ou sintomas de doenças bucais sugere também que prevalece, entre os coordenadores das instituições e seus cuidadores, a percepção de uma odontologia curativa. Nesse contexto, deve-se discutir ainda a necessidade de eliminação de preconceitos em

relação à atuação da odontologia. Embora a atuação odontológica deva ocorrer em todos os níveis, promoção de saúde, prevenção específica e reabilitação, por meio de medidas integradas entre si e no contexto biopsicossocial do indivíduo, a prevenção primária é destacada como estratégia fundamental para a saúde bucal dos idosos<sup>23</sup>. Recomendações da Federal Dentária International incluem a aplicação de serviços preventivos extensos para os países em desenvolvimento, e quando os recursos forem escassos, a sua distribuição para a prevenção e a educação em lugar dos procedimentos restauradores<sup>27</sup>. Rosa *et al*<sup>28</sup> reforçam esse aspecto, uma vez que salientam a necessidade de políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde com destaque na prevenção em idosos para reduzir os níveis de doença, a fim de que a capacidade de atendimento não seja sufocada pelas necessidades de tratamento. Entretanto, o sucesso de programas de prevenção não depende apenas de ações governamentais específicas. Ettinger<sup>29</sup>, avaliando estudos realizados nos Estados Unidos durante trinta anos, verificou que a diminuição progressiva de edentulismo em adultos ocorreu, provavelmente, devido à alteração de valores e atitudes em relação à saúde bucal. Dessa forma, a melhora nas condições de saúde bucal está essencialmente ligada aos valores a esta atribuídos pela população. Trata-se de retirar da população de terceira idade o estigma de naturalmente doente, ideia que o próprio indivíduo idoso tem de si, para que as necessidades de saúde sejam percebidas e se tornem reais. Somente a partir daí ocorrem mudanças de atitudes pessoais, que são pré-requisitos para a reivindicação de medidas específicas e sua aceitação.

Os encaminhamentos dos idosos variaram entre as modalidades das instituições, o que pode refletir a falta de um consenso sobre a melhor forma de atendimento para pacientes com dificuldades de locomoção, como os presentes em instituições geriátricas<sup>30</sup>. Além disso, pode estar relacionado também ao perfil socioeconômico dos idosos residentes. Mesmo sem um consultório convencional na instituição, no serviço privado foi relatada a contratação de atendimento odontológico domiciliar, com ou sem consultório odontológico portátil. Portanto, o atendimento odontológico oferecido pelas instituições privadas é dependente da disponibilidade de recursos financeiros do residente e, assim, de acesso de uma minoria de idosos que pode custearlo – diretamente, quando pagando ao profissional, ou indiretamente, por meio das mensalidades pagas às instituições. Nas instituições filantrópi-

cas, o atendimento público oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através do centro de saúde, foi a escolha da grande maioria. Percebem-se daí diferenças no acesso do residente aos cuidados odontológicos, sendo estes considerados frequentemente como privilégio e não como um direito do idoso institucionalizado.

Os cuidados diários de higiene bucal devem ser sistematizados e adotados como parte da rotina dos cuidados com o idoso e adequados conforme a sua condição funcional e cognitiva<sup>31</sup>. Grande maioria dos coordenadores avaliados relatou a adoção de uma rotina de higiene bucal nas instituições. Entretanto, a comparação dos relatos mostrou ausência de sistematização das medidas adotadas, sem menção a procedimentos diferenciados segundo a condição cognitiva e funcional do idoso. Ferreira<sup>7</sup> observou, entre os idosos institucionalizados de Belo Horizonte, alto índice de placa dentária e higiene precária das próteses dentárias e grande percentual de idosos que dependem de outros para o cuidado, incluindo a higiene bucal. Portanto, há necessidade de adaptar e implantar protocolos com medidas sistematizadas de higiene bucal a serem adotadas nas instituições e, em seguida, promover a capacitação dos cuidadores nessa atividade. Estudos na literatura mostram uma negligência das instituições em relação à higiene bucal dos idosos, justificada pela sobrecarga de trabalho, falta de colaboração do idoso, por ser uma prática desagrável e por desconhecimento dos cuidadores<sup>10,32,33</sup>. O acúmulo de placa bacteriana devido à higienização bucal inadequada pode levar, em idosos fragilizados, a condições sistêmicas de risco, como má nutrição, pneumonias e doenças cardiovasculares<sup>34-36</sup>. Dessa forma, é evidente que as práticas de higiene bucal, de baixo custo, têm o potencial de reduzir os custos resultantes de má condição de saúde bucal, levando a uma economia e à promoção de um cuidado de qualidade.

## Conclusões

Com base nos resultados deste trabalho, pode-se concluir em relação às instituições de longa permanência geriátricas de Belo Horizonte que:

– As instituições filantrópicas existem em maior número, são mais antigas e possuem maior número de residentes que as privadas. Nas duas

modalidades, há maior número de residentes do sexo feminino. Há uma distribuição desigual das instituições nas regionais administrativas do município.

– Os cirurgiões-dentistas estão entre os profissionais menos frequentes na equipe de saúde das instituições. A atenção odontológica foi muito pequena, independentemente da modalidade da instituição, da sua localização, do tipo, do tempo de fundação, da presença de consultório odontológico convencional e do número de idosos residentes.

– A atenção odontológica diferiu entre as modalidades das instituições de longa permanência, sendo que nas privadas ocorre o atendimento domiciliar na própria instituição, mesmo sem consultório odontológico convencional, e nas filantrópicas a atenção existe nas instituições que possuem consultório odontológico convencional.

– Há necessidade de adoção de protocolos sistematizados de higiene bucal nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte.

## Colaboradores

RC Ferreira elaborou o delineamento do estudo, realizou a análise e a interpretação dos dados e participou da redação do artigo; CW Schwambach coletou os dados e contribuiu na redação do artigo; CS Magalhães e AN Moreira orientaram o delineamento do estudo, acompanharam o andamento do trabalho, participaram da análise e discussão dos resultados e contribuíram para a revisão final do artigo.

## Agradecimentos

À promotora de Justiça Simone Montez Pinto Monteiro, à assistente social Sônia e à psicóloga Patrícia, da Promotoria de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência Física e do Idoso.

## Referências

1. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 1993; 27(2):87-94.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica* 1997; 31(2):184-200.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Brasil: Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais*. [documento na Internet] [acessado 2006 abr 12]. Disponível em: [www.bvsm.sauda.gov.br/bvs/publicacoes/projetosb\\_brasil2004](http://www.bvsm.sauda.gov.br/bvs/publicacoes/projetosb_brasil2004)
4. Jorge Júnior J, Almeida OP, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19(3):173-175.
5. Silva SRC, Valsecki Jr A. Assessment of oral health in an elderly Brazilian population. *Rev Panam Saude Publica* 2000; 8(4):268-271.
6. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):626-631.
7. Ferreira RC. *Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
8. Kossioni AE, Karkazis HC. Socio-medical condition and oral functional status in an older institutionalized population. *Gerontology* 1999; 16(1):21-28.
9. Brasil. Secretaria de Políticas de Assistência Social. Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social. Gerência de Atenção à Pessoa Idosa. Portaria SAS-073, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. *Diário Oficial da União* 2001; 10 maio.
10. Chalmers JM, Levy SM, Buckwalter KC, Ettinger RL, Kambhu PP. Factors influencing nurses'aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Spec Care Dentist* 1996; 16(2):71-79.
11. Babbie E. *Métodos de pesquisa de survey*. 3ª ed. Belo Horizonte: UFMG; 1999.
12. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saude Publica* 1999; 33(5):454-460.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Tábuas completas de mortalidade* [documento na Internet]; 2007 dez [acessado 2008 han 15]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1043&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1043&id_pagina=1)
14. Moreno AB, Veras R. O idoso e as instituições asilares no município do Rio de Janeiro. *Gerontologia* 1999; 7(4):167-177.
15. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. 1994 [acessado 2005 jul. 17]. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao\\_idoso\\_8842.pdf](http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_idoso_8842.pdf)
16. Perline NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):229-236.
17. Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: Cortelletti IA, Casara MB, Herédia VBM, organizadores. *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: Ed. PUC-RS/Educis; 2004. p. 20-36.
18. Nascimento e Silva EB, Pereira NG, Garcia YR. A instituição e o idoso: um estudo das características da instituição e do perfil de seus moradores. *Gerontologia* 1998; 6(1):167-176.
19. Yamamoto A, Diogo MJD. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002; 10(5):660-666.
20. Nahas MI. *Experiência de construção e perspectivas de aplicabilidade de índices e indicadores na gestão urbana da qualidade de vida: uma síntese da experiência de Belo Horizonte* [artigo na Internet]. 2000 [acessado 2007 jul 8]. Disponível em: [http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id\\_conteudo=1747&id\\_nivel1=-1#indicadores](http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=1747&id_nivel1=-1#indicadores)
21. Minas Gerais. Prefeitura de Belo Horizonte. *Planejamento e desenvolvimento urbano: exclusão social 2000* [documento na Internet]; 2000 [acessado 2007 jul 8]. Disponível em: [http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id\\_conteudo=1747&id\\_nivel1=-1#indicadores](http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=1747&id_nivel1=-1#indicadores)
22. Brasil. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. *Diário Oficial da União* 1989; 22 set.
23. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saude Publica* 2000; 16(4):1099-1109.
24. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5):1313-1320.
25. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):783-791.
26. Fernandes ES. O que pode a cidade fazer pelos seus idosos. *Maturidade* 1990; 6:11-18.
27. Fédération Dentaire Internationale (FDI). Necesidades de salud bucal del anciano. *FDI Wordl Dental Federation* 1993; 2:13-15.

28. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). *Rev Saude Publica* 1992; 26(3):155-160.
29. Ettinger RL. The unique oral health needs of an aging population. *Dent Clin North Am* 1997; 41(4):633-649.
30. MacEntee MI. Caring for elderly long-term care patients: oral health related concerns and issues. *Dent Clin North Am* 2005; 49(2):429-443.
31. Chalmers J, Johnson V. Evidence-based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. *J Gerontol Nurs* 2004; 30(11):5-12.
32. Adams R. Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *Journal Advanced Nursing* 1996; 24:552-560.
33. Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs* 2002; 23(4):189-199.
34. Walls AW, Steele JG, Sheiham A, Marcene W, Moynihan PJ. Oral health and nutrition in older people. *J Public Health Dent* 2000; 60(4):304-307.
35. Shay K, Scannapieco FA, Terpenning MS, Smith BJ, Taylor GW. Nosocomial pneumonia and oral health. *Spec Care Dentist* 2005; 25(4):179-187.
36. Demmer RT, Desvarieux M. Periodontal infections and cardiovascular disease: the heart of the matter. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(Suppl.2):14S-20S.

---

Artigo apresentado em 08/02/2008

Aprovado em 10/10/2008

Versão final apresentada em 20/11/2008