

ASPECTOS LEGAIS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM INSTITUIÇÕES DE CUIDADO AO IDOSO

LEGAL ASPECTS TO ORAL HEALTH PROMOTION IN ELDERLY CARE INSTITUTIONS

Cathleen Kojo Rodrigues *
Rafael Gomes Ditterich **
Eduardo Hebling ***

RESUMO:

O aumento da expectativa de vida da população e a diminuição das taxas de natalidade proporcionaram o aumento do número de idosos. O Estatuto do Idoso foi elaborado para garantir os direitos das pessoas com mais de 60 anos no Brasil. O objetivo deste trabalho é descrever os direitos estabelecidos por essa lei relacionados à saúde bucal de idosos institucionalizados. As instituições de cuidados para idosos devem se adequar à nova legislação, visando a promoção de saúde bucal e geral dos idosos.

DESCRIPTORIOS: Saúde do idoso institucionalizado - Serviços de saúde para idosos - Saúde bucal

ABSTRACT:

An increase in life expectancy has resulted in a large number of elderly people. The Elderly Statute was elaborated for assure the directs of people aging 60 years old or more in Brazil. The aim of this study was described the established directs by this law for oral health in institutionalize elderly. Elderly care institutions have been suitable to this new legislation for general and oral health promotion in elderly.

DESCRIPTORS: Health of institutionalized elderly - Health services for the aged - Oral health

* Mestranda em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

** Mestrando em Clínica Integrada da Universidade Estadual de Ponta Grossa-PR

*** Professor Associado do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

INTRODUÇÃO

A distribuição etária no Brasil tem sofrido alterações significantes nos últimos censos demográficos. O processo de envelhecimento é considerado irreversível e de acelerada evolução, refletindo a rapidez com que declinam as taxas de fecundidade e aumentam as de estimativa de vida de nossa população nas últimas décadas. Estima-se que, em 2025, serão mais de 33 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, compondo a sexta maior população idosa do mundo e representando quase 15% dos brasileiros (Kalache *et al.*⁹, 1987; WHO¹⁷, 2001).

Esse processo é também observado em todo o mundo e resulta de dois fatores principais: o aumento da qualidade de vida dos idosos e a diminuição da mortalidade infantil. O primeiro fator deve-se a diversas ocorrências interligadas como o aumento da renda média, melhoria nas condições de educação, avanços no saneamento das águas de abastecimento público, progressos na Medicina, filosofia de prevenção de doenças e estilo de vida mais saudável. O segundo fator, a diminuição da mortalidade infantil, influencia nesse fenômeno porque a expectativa de vida de uma população é calculada por meio de médias sobre toda a população, de forma que uma alta taxa de mortalidade infantil pode fazer com que o índice de expectativa de vida seja baixo, podendo gerar distorções. Os cuidados pré-natais, a implantação de unidades de terapia intensiva (UTI) infantis, as campanhas de vacinação, de aleitamento materno, de alimentação infantil, entre outras proporcionaram a diminuição da mortalidade infantil nos países (Kalache *et al.*⁹, 1987; Veras¹⁵, 2002; WHO¹⁸, 2002).

O controle da natalidade, com diminuição do número de filhos entre os casais, também faz com que se observe um aumento sensível na quantidade de idosos na população mundial (Veras¹⁵, 2002; WHO¹⁸, 2002). Em 2000, a população mundial de idosos era de 418 milhões de pessoas. Estimativas da Organização das Nações Unidas projetam, para o ano 2025, 816 milhões de idosos no mundo e, para o ano 2050, 1,46 bilhão (Who¹⁷, 2001).

A média da população mundial com mais de 60 anos aumentou de 5,2% em 1950 para 6,9% em 2000, correspondendo a um aumento de 33%. Nos países desenvolvidos esse fenômeno é mais evidente, com aumento de 81%, ou seja de 7,9% em 1950 para 14,3% em 2000, em média. Nos países em desenvolvimento, o aumento médio foi de 31%, de 3,9% em 1950 para 5,1% em 2000. No Brasil, observa-se um aumento similar aos dos

países desenvolvidos, sendo que a proporção de idosos aumentou em 70% de 1950 para 2000, correspondendo de 5,1% para 8,6 % da população geral (IBGE⁸, 2002; WHO¹⁷, 2001).

O aumento no número de idosos e sua maior participação na sociedade fizeram com que os governantes pasassem a enfrentar de maneira mais efetiva os problemas da velhice. A publicação do Estatuto do Idoso (Brasil³, 2003) representou um marco fundamental na superação do liberalismo econômico e social dessa população. Por meio deste, ampliou-se significativamente a rede de proteção e de reconhecimento dos direitos dos cidadãos idosos, por parte do Estado e da sociedade, não os deixando à própria sorte naqueles momentos mais cruciais e delicados de suas vidas, de modo especial na velhice (Marson¹¹, 2004).

O Estatuto, além de reafirmar que os idosos possuem todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, destacou o direito à saúde como um dever do Estado e da sociedade, sendo a saúde bucal também enfocada (Franco⁶, 2005; Sampaio¹⁴, 2004).

Do total de cerca de 14,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais estabelecido no último censo demográfico, 18,36% viviam em domicílio na zona rural e 81,64% em domicílio na zona urbana. Destes, estima-se que cerca de 1,5% vivem em instituições de cuidado ao idoso (IBGE⁸, 2002).

O propósito do presente trabalho é descrever os direitos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso relacionados à saúde bucal dos idosos institucionalizados.

O direito do idoso

O Estatuto do Idoso (Brasil³, 2003) vem sendo discutido desde 1997, sendo transformado em lei nº 10.741, em 1º de outubro de 2003. Ele regulamenta os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Esses direitos representam uma compensação de perdas e limitações pelas quais passam as pessoas ao envelhecer. Assim, o Estatuto estabelece os direitos do idoso, assegurando-os como dever não só da família, mas também da sociedade e do poder público, com a absoluta prioridade de que as pessoas idosas sejam compreendidas, desfrutem de vida plena e saudável, segura e satisfatória, em condições de liberdade e dignidade de viver, junto de sua família e em sua comunidade (Pitcheth¹², 2004).

O Estatuto, além de reafirmar que os idosos possuem todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, destacou o direito à saúde como um deles. No seu

Título II, Capítulo IV, Artigo 15, estabelece que: “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (Brasil³, 2003). Esse preceito está em concordância com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que diz: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil², 2004).

Ora, quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida e a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida do idoso. A saúde bucal comprometida pode afetar a nutrição, o bem-estar físico e mental, e diminuir o prazer de uma vida social ativa (Werner¹⁶, 1998). Dessa forma, a atenção em saúde bucal também é garantida pelo Estatuto do Idoso.

Deveres das entidades de assistência ao idoso

Para as entidades de assistência ao idoso, o Artigo 50 do Capítulo II do Estatuto institui obrigações, tais como: proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso, e manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica (Brasil³, 2003). Assim, fica determinado o dever de instituições que cuidam de pessoas idosas de oferecer meios de manutenção da saúde de seus internos, bem como realizar atividades de prevenção. Pode-se entender que, sendo a saúde bucal um dos componentes da saúde geral do indivíduo, esta também é de responsabilidade das instituições de cuidado aos idosos.

Profissionais com conhecimentos específicos de Odontogeriatrics, a nova modalidade de especialidade criada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) destinada à promoção e manutenção da saúde bucal dos idosos, devem ser incluídos como integrantes das equipes de atenção à saúde dos idosos nessas instituições (CFO⁴, 2002). O cuidado odontogeriatrico inclui, pelo menos, o diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie, doenças periodontais e da mucosa, dores de cabeça e pescoço, disfunções salivares, problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação, deglutição e paladar (Ettinger e Mulligan⁵, 1999).

Quanto a isso, Bastian¹ (1979), realizou um estudo em instituições geriátricas de Porto Alegre e constatou que apenas 31,8% das instituições contavam com serviços odontológicos. Rodrigues *et al.*¹³, em 2003, em um estudo em cinco casas de repouso de Curitiba, em amostra de 100 idosos, constataram que estes não possuíam atendimento odontológico periódico, procuravam atendimento somente quando havia dor e em apenas uma das instituições havia atendimento odontológico no local de moradia. Em outros países esse quadro também é observado. Knabe e Kram¹⁰ (1997), em Berlim, avaliaram 09 casas geriátricas e constataram que os idosos institucionalizados não são submetidos a exames bucais periódicos, recorrendo aos cuidados odontológicos somente em momentos de dor e desconforto ou quando o tratamento era considerado necessário pelos funcionários das instituições.

Dessa forma, a atuação em programas de prevenção e efetivo tratamento de idosos institucionalizados como parte de uma equipe multiprofissional de saúde constitui-se em novo campo de atuação para o cirurgião-dentista.

O Artigo 50 Inciso XII do Estatuto destaca também a obrigação das instituições de “comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas” (Brasil³, 2003). Ou seja, tais entidades devem colaborar com Vigilância Sanitária para o controle compulsório de doenças.

O direito à alimentação

A família delega a tutela do idoso à instituição, que tem o dever de lhe prover a alimentação (Brasil³, 2003). Nesse aspecto, o cirurgião-dentista integrante da equipe de atenção à saúde da instituição poderá atuar em conjunto com nutricionista quando da escolha da alimentação. Poderá ser desenvolvida em conjunto uma dieta não cariogênica e rica em nutrientes para essa faixa etária que, em geral, apresenta certa debilidade imunológica inerente ao envelhecimento, uma vez que consta como obrigação das instituições que abrigam idosos, no Artigo 50 Inciso III, “fornecer alimentação suficiente” (Brasil³, 2003). Por vezes, os cirurgiões-dentistas se esquecem que uma das principais funções dos dentes é prover a alimentação. A falta total ou em parte destes pode causar prejuízos à saúde sistêmica do paciente. É comum a observação de processos anêmicos ou baixos índices de massa corpórea em idosos que apresentam perdas dentárias (Hebling⁷, 2003).

O controle dos maus-tratos ao idoso

O Estatuto também destaca a importância do profissional de saúde no combate às agressões aos idosos. Em seu Artigo 57, caracteriza como infração administrativa “deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra o idoso de que tiver conhecimento” (Brasil³, 2003). Esses profissionais, aos quais o legislador se refere, médicos, dentistas, enfermeiros e outros que exercerem atividades junto aos idosos, ou daqueles que dirigirem estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência para idosos possuem dupla responsabilidade. Além de responder civil e criminalmente pelos atos que praticarem em detrimento do idoso, ainda terão a obrigatoriedade de levarem ao conhecimento da autoridade competente os casos de crimes cometidos em desfavor do idoso de que tiverem conhecimento, sem prejuízo de suas funções (Sampaio¹⁴, 2004).

Fiscalização das Entidades

A fiscalização das entidades de atendimento ao idoso governamentais e não-governamentais será realizada pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância

Sanitária e outros previstos em lei (Brasil³, 2003).

O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas (Brasil³, 2003).

As penalidades que as entidades podem sofrer variam de acordo com o a sua condição de ente público ou privado. As entidades governamentais podem sofrer pena de: advertência; afastamento provisório de seus dirigentes; afastamento definitivo de seus dirigentes; fechamento da unidade ou interdição de programa. Já as entidades não governamentais podem sofrer as seguintes sanções: advertência; multa; suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas; interdição de unidade ou suspensão de programa; proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público (Brasil³, 2003).

CONCLUSÃO

As instituições de cuidados para idosos devem se adequar à nova legislação, visando a promoção de saúde bucal e geral dos idosos. O cirurgião-dentista, como membro de uma equipe de atendimento multidisciplinar ao idoso, deve ser conhecedor dessa nova legislação, respondendo legalmente pelos seus atos ou omissões.

1. Bastian EM. Estudo sobre a acreditação de internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre. RS. [Tese Livre Docência em Saúde Pública], São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo; 1979
2. Brasil. Constituição Federal 1988. 33ª ed.: São Paulo: Saraiva, 2004.
3. Brasil. Lei no.: 10.741. Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União* (01/10/2003).
4. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Resolução CFO 25/2002, *Diário Oficial da União*, seção I, p. 148-149, (28/05/2002).
5. Ettinger RL, Mulligan R. The future of dental care for the elderly population. *J Calif Assoc*, 1999; 27(9):687-92.
6. Franco PA. Estatuto do idoso anotado. São Paulo: Ed. Servanda, 2ª ed. 2005 534 p.
7. Hebling, E. Prevenção em Odontogeriatría. In: Pereira, AC. *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde*. São Paulo: Artmed, 2003. p.426-437.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Características gerais da população. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 14/03/2005.
9. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial; um desafio novo. *Rev Saúde Públ* 1987 Jun; 21(3)200-10.
10. Knabe C, Kram P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. *J Oral Rehabil*, 1997; 24(12):909-2.
11. Marson S. Apresentação. Estatuto do Idoso. Secretaria de Aposentados da APP -Sindicato, Curitiba, 2004.

12. Pitcheth TR. Comentando o Estatuto do Idoso. Estatuto do Idoso, Secretaria de Aposentados da APP-Sindicato, Curitiba, 2004.
13. Rodrigues CK, Ditterich RG, França BHS, Hebling E. Atenção bucal ao idoso institucionalizado: uma lacuna na Odontologia. Disponível em <<<http://www.odontologia.com.br>>>, Acesso em: 24/05/2004.
14. Sampaio LAP. Estatuto do Idoso. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2004. 146 p.
15. Veras R. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relum-Dumará, 2002. 190p.
16. Werner CW, et al. Odontologia geriátrica. *Rev Facul Odont Lins* 1998; 11(1):62-70.
17. World Health Organization (WHO). Men ageing and health. Genebra, Suíça: WHO, 2001. 63 p.
18. World Health Organization (WHO). Active ageing: a policy framework. Genebra, Suíça: WHO, 2002. 58p.

Recebido em: 27/12/2005

Aceito em: 10/12/2006