

O ESTATUTO DO IDOSO E A SAÚDE BUCAL

ELDERLY STATUTE AND ORAL HEALTH

Eduardo **HEBLING** *, Cathleen Kojo **RODRIGUES** **

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

** Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

Endereço para Correspondência: Prof. Dr. Eduardo Hebling, Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Caixa Postal 52, Piracicaba - SP, CEP.: 13.414-903 - Tel.: (19) 2106-5209, e-mail: hebling@fop.unicamp.br

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Com a implantação do Estatuto do Idoso, as ações políticas de atenção e promoção de saúde bucal aos idosos devem ser adequadas aos novos preceitos legais. O cirurgião dentista, como membro da equipe de atendimento multidisciplinar ao idoso, deve ser conhecedor dessa nova legislação.

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 desse trabalho foi descrever os direitos estabelecidos por essa lei relacionados à saúde bucal dos idosos. Ações públicas de atenção e a promoção de saúde bucal aos idosos devem ser adequadas à nova legislação.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; saúde bucal; legislação.

ABSTRACT

The increase of life expectancy population and the decrease of birth rate have resulted in a large number of elderly people. The Elderly Statute was elaborated for assure the people aging 60 years old or more entitlements in Brazil. The aim of this study was described the entitlements stated by this law for oral health in elderly. Public actions for attention and promoting oral health in elderly have been suitable to this new legislation.

KEYWORDS: Elderly; oral health; legislation.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento, no Brasil, 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. Esse processo é observado em todo o mundo^{15,25}.

O fenômeno do envelhecimento do conjunto da população 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 intensivas (UTI) infantis, as campanhas de vacinação, de aleitamento materno, de alimentação infantil, entre outras proporcionaram a diminuição da mortalidade infantil nos países^{15,22,25}.

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^{22,24}. Em 2000, a população mundial de idosos era de 580 milhões de pessoas. Estimativas da Organização das Nações Unidas projetam, para o ano 2025, 1,2 bilhões de idosos no mundo²⁴.

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, observamos um aumento similar aos dos países desenvolvidos, sendo que a proporção de idosos na população observada no censo de 2000 foi 8,6%, correspondendo a cerca de mais de 14,5 milhões de pessoas^{5,24}.

A sociedade pode tornar o idoso encargo ou patrimônio, dependendo das condições que lhe forem proporcionadas ao longo da vida. Condições que não se limitam à satisfação das necessidades materiais, mas incluem oportunidades de desenvolvimento cultural e espiritual em cada estágio da vida. O envelhecimento é ainda muito influenciado por preconceitos. Um dos motivos de preconceito é que, num sistema capitalista, a pessoa deixa de ser interessante à medida que deixa de produzir. Nesse momento, muitos nem se lembram que se este país existe, que se o mundo existe, é em função das pessoas que o construíram²⁰. Esse preconceito com as pessoas idosas tem sido

minimizado pela maior participação dessas pessoas na sociedade, seja de forma econômica, seja de forma cultural ou política, sobretudo nos grupos de sociedade de idosos, os chamados grupos de terceira idade¹⁴.

O aumento no número de idosos e sua maior participação na sociedade fizeram com que os governantes passassem a enfrentar de maneira mais efetiva os problemas da velhice. Junto com outras conquistas, como a consolidação histórica da Previdência Social, o Estatuto do Idoso⁷ representa 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 velhice¹⁸.

Este 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 enfocada¹³.

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

DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

O direito do idoso à saúde bucal

O direito à saúde ao idoso é garantido pelo Estatuto do Idoso que estabelece em seu Capítulo IV, Artigo 15: “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”⁷. Esses preceitos estão em concordância com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988¹⁰ 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”.

Quanto mais longa a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, sendo que a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida do idoso. O comprometimento da saúde bucal pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental, e diminuir o prazer de uma vida social ativa²³. Desta forma, a atenção em saúde bucal também é garantida pelo Estatuto do Idoso¹³.

A prevenção e a manutenção da saúde do idoso deverão ser efetivadas, de acordo com o Parágrafo 1º do Artigo 15 do referido estatuto, por meio de: “1) cadastro da população idosa em base territorial; 2) atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; 3) unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; 4) atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; 5) reabilitação orientada pela Geriatria e Gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde”⁷.

Podemos entender com esse parágrafo que, sendo a saúde bucal um dos componentes da saúde geral do indivíduo e, a Odontologia, especificamente a Odontogeriatrics, a nova modalidade de especialidade criada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) destinada à promoção e manutenção da saúde bucal dos idosos¹⁰, como um ramo de conhecimento da Gerontologia, ciência que estuda o processo de envelhecimento humano¹,^{11, 23}, estas deverão estar incluídas nas políticas de atenção ao idoso. Embora não citada pelo legislador, a Odontologia e, em especial, a Odontogeriatrics fazem parte da Gerontologia. Portanto, devem fazer parte da atenção à saúde assegurada pelo SUS a prevenção e a terapia das doenças bucais, seja em ambiente ambulatorial, em consultórios ou clínicas de referência, ou em ambiente domiciliar, com uso de equipamento odontológico transportável.

Tanto a Odontogeriatrics como a modalidade de atendimento odontológico domiciliar representam conhecimentos e filosofias de atendimento relativamente recentes em nosso

país e ainda não estão inseridas, de forma satisfatória, nos currículos didáticos dos cursos de graduação em Odontologia^{14, 23}. As universidades deveriam estimular e programar em seus currículos disciplinas e cursos de extensão que abrangessem esses conhecimentos. O próprio estatuto⁷ determina, em seu Artigo 3º, a necessidade de capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de Geriatria e Gerontologia, onde a Odontogeriatrics se insere, e na prestação de serviços aos idosos, onde a Odontologia como um todo, se inseriria.

Considerando as premissas do referido parágrafo do estatuto, o SUS deveria implantar, em toda a sua rede nacional, ambulatórios e centros de referência para o atendimento odontológico do idoso, bem como equipes de atendimento odontológico domiciliar, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família, que já contempla equipes de saúde bucal em seu quadro de ações.

Os benefícios adquiridos pelos idosos

O Parágrafo 2º do Inciso V do mesmo Artigo 15 desse estatuto destaca que: “incube ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”⁷. Referente ao atendimento odontológico, podemos destacar dois itens desse parágrafo: fornecimento de medicamentos e de próteses.

O conhecimento atual, baseado em evidências clínicas e científicas, relaciona a presença de algumas alterações ou doenças sistêmicas, tais como a diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças pulmonares, osteoporose e menopausa, que são, por vezes, inerente ao processo de envelhecimento humano, como sendo fatores de risco para o desenvolvimento de doenças periodontais. Portanto, o tratamento e a prescrição de medicamentos para essas alterações ou doenças sistêmicas poderão prevenir ou auxiliar o controle das doenças periodontais¹⁹. O cirurgião dentista que tratar do idoso deverá atuar como um agente de saúde, estimulando o paciente a cuidar de sua saúde geral, seguindo as prescrições médicas, bem como trocando informações com médicos e outros profissionais da saúde sobre as

necessidades de tratamento odontológico e de prescrição de outros medicamentos, com intuito de prevenir interações medicamentosas, de implantar cuidados especiais durante o atendimento e de acompanhar o tratamento ou controle dessas alterações ou doenças sistêmicas¹⁴.

Os preços dos medicamentos devem ser controlados pelo Estado para que os idosos e as demais pessoas com baixo poder aquisitivo possam adquiri-los, quando estes não puderem ser fornecidos gratuitamente¹³. Essa medida é muito importante para os idosos, pois cabe ao Estado (Poder Público) fornecer aos mesmos, gratuitamente, os remédios necessários à manutenção de sua saúde, e, aqui a regra se refere àqueles idosos que precisam usar, continuamente, medicamentos como, por exemplo, os cardíacos, os diabéticos, os hansenianos etc, ou portadores de outras doenças que exigem tratamento, cuja modalidade de terapia, se mal feita, poderá ocasionar-lhes a morte. Como os preços desses medicamentos são, por vezes, caros, e, geralmente, os idosos, mormente, os aposentados, não possuem os meios suficientes para adquiri-los, cabe ao Estado suprir essa carência, inclusive, com o fornecimento de próteses e órteses (aparelhos de substituição artificiais de partes do corpo humano) de qualquer espécie e, ainda, outros recursos relativos ao tratamento, hospitalização ou reabilitação do idoso²¹.

Quanto ao fornecimento de próteses, podemos entender que é obrigação da rede de assistência pública à saúde de oferecer terapia de reposição de elementos dentários perdidos, por meio de próteses unitárias, fixas ou removíveis. A avaliação das condições de saúde bucal dos idosos no Brasil demonstra que o edentulismo na população idosa é bastante elevado. Dados do Projeto SB Brasil sobre as condições de saúde bucal da população brasileira mostraram que a porcentagem de pessoas nessa faixa etária que utilizavam algum tipo de prótese na arcada superior e inferior era, respectivamente, de 66,54% e 30,94%. Quanto à necessidade de substituição ou colocação de prótese, do total de idosos avaliados, 32,40% e 56,06% necessitavam de algum tipo de substituição protética na arcada superior e inferior, respectivamente⁸. Esse fato faz com que, além

da qualificação técnica dos profissionais envolvidos, se necessite de mais recursos à saúde bucal, devido aos altos custos desses tipos complexos de terapia. A atenção bucal, que até então era priorizada para a atenção primária, passa a necessitar de maiores recursos em procedimentos especializados.

As órteses, elementos de ajuda externa, destinados a suplementar ou a corrigir uma função deficiente ou mesmo complementar o rendimento fisiológico de um órgão ou membro que tenham sua função diminuída¹¹, também apresentam interesse na Odontologia, sobretudo nas especialidades de Prótese Bucocomaxilo-facial e de Disfunção Têmporo-mandibular e Dor-orofacial. As ações da primeira especialidade incluem a reabilitação anatômica, funcional e estética, por meio de substitutos aloplásticos, de regiões da maxila, da mandíbula e da face ausentes ou defeituosas, como seqüelas de cirurgia, de traumatismo ou de remoção de lesões patológicas. A segunda especialidade utiliza órteses confeccionadas na forma de placas de acrílico ajustadas a face oclusal dos dentes para o tratamento de disfunções articulares e de desgastes dentais¹⁰. Por serem essas especialidades de reconhecimento recente na Odontologia, há necessidade também da inclusão destas nos centros de referência especializada da rede de assistência pública.

A Constituição Federal, em seu artigo 203, inciso IV, diz que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”¹⁰.

Os idosos possuem o direito de recorrer ao governo, por meio de representação ao Ministério Público, para a obtenção de próteses unitárias, fixas ou removíveis, bem como de órteses e de medicamentos, na rede pública de saúde ou, na falta de serviços especializados nesta, no serviço privado, com ressarcimento dos custos dos honorários odontológicos pelo Estado. Contudo, por vezes, este pode ser um processo moroso para o idoso, ficando esse limitado ou incapacitado às suas funções pela falta desses benefícios^{13,21}.

O poder aquisitivo dos idosos muitas vezes

acaba não sendo respeitado pelos legisladores. Recentemente, a aprovação da Emenda Constitucional nº. 41, de 12/12/2003, que reforma a Previdência Social, taxou, de forma arbitrária, os idosos aposentados, retirando o direito de isenção de cobrança do imposto de renda sobre os recebimentos previdenciários⁸. O inciso XV do Artigo 6º da Lei 7.713, de 22/12/1988³, garante ao idoso com mais de 65 anos o direito à isenção na contribuição do imposto de renda até o valor de 50 OTNs, Obrigações do Tesouro Nacional¹³.

O Artigo 17 do Estatuto do Idoso destaca o direito ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável⁷. Entende-se que também se inclua nesse artigo a Odontologia. O idoso poderá escolher a opção terapêutica que melhor lhe prover, bem como pelo tipo de modalidade de atendimento, ambulatorial ou domiciliar¹³.

O parágrafo único desse artigo destaca que “não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita: 1) pelo curador, quando o idoso for interditado; 2) pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; 3) pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consultar o curador ou familiar; 4) pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público”⁷.

Curador é a pessoa nomeada para administrar bens e/ou interesses de outra judicialmente declarada absoluta ou relativamente incapaz. Por exemplo, se a pessoa enlouqueceu e o juiz a interditou, este nomeia o filho dela para seu curador. Curador também é o membro do Ministério Público a quem incube a defesa de incapazes, de hipossuficientes e de certas instituições, conforme previsto em lei¹⁷. Mesmo em se tratando de caso de urgência, o Poder Judiciário e o Ministério Público devem ser acionados a fim de não gerar responsabilidade civil ou penal para o curador quando assistir ao idoso, conforme ditam os Artigos 974 e 975 da Lei 10.406, o Novo Código Civil⁴. Uma coisa é o curador do ausente que poderá praticar qualquer ato da vida civil em seu nome. Outra é o curador da pessoa presente, mas incapacitada para a prática de alguns atos, como é o caso dos idosos.

Familiar do idoso é qualquer pessoa de linha direta ou colateral. Este poderá atuar como curador somente quando este não tiver sido nomeado pelo juiz ou estiver ausente¹³. Esses conhecimentos, acima apresentados, são de interesse em particular para o cirurgião dentista ou, em especial, ao cirurgião buco-maxilo-facial, que poderá atuar em uma equipe multidisciplinar de atendimento emergencial ao idoso. Destacamos que o médico ainda é o responsável final dessa equipe de atendimento nos casos de emergência com risco eminente de morte.

Regulamentação dos Planos de Saúde ao Idoso

O Parágrafo 3º do Inciso V do mesmo Artigo 15 do Estatuto do Idoso destaca que: “é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”⁷. Esse contexto também se aplica para os planos de saúde odontológicos ou que envolvam prestação de serviços odontológicos. Até então, as empresas que comercializavam os seguros ou planos de saúde aplicavam regras injustas aos idosos, ora não os aceitando na condição de conveniados, ora aceitando-os, porém com a cobrança de mensalidade maior do que as de uma pessoa com menos idade. Com isso ocorria que o idoso era admitido pagando uma tarifa maior ou não era admitido, ficando sem atendimento. O argumento dessas empresas era de que o idoso onerava os serviços porque necessitava de atendimento com maior frequência.

Deveres das Entidades de Assistência ao Idoso

Sobre as entidades de assistência ao idoso, o Artigo 50 do Capítulo II do estatuto⁷ institui obrigações para essas entidades, tais como: proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso, manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.

Assim, fica determinado o dever de instituições que abrigam pessoas idosas de oferecer meios de manutenção da saúde bucal de seus internos bem como realizar atividades de prevenção.

O cuidado odontogeriátrico 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 paladar¹².

Estudos demonstram que os idosos institucionalizados não são submetidos a exames bucais periódicos e recorrem aos cuidados odontológicos somente em momentos de dor e desconforto ou quando o tratamento é considerado necessário pelos funcionários das instituições. Não é comum a inclusão serviços odontológicos nas instituições de cuidado ao idoso^{12, 16}. Desta 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 art. 50, inciso XII, do Estatuto do Idoso⁷ destaca que constitui obrigação das instituições “comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas”. Ou seja, tais entidades devem colaborar com Vigilância Sanitária para controle de eventos sentinela.

Outro aspecto em que o cirurgião-dentista pode atuar em conjunto com a “equipe de formação específica”, no caso, nutricionista é no que se refere à alimentação. Poderá se desenvolver em conjunto uma dieta não cariogênica e rica em nutrientes para essa faixa etária que em geral apresenta uma deficiência imunológica, uma vez que, consta no Artigo 50, parágrafo III, como obrigação das instituições que abrigam idosos “fornecer alimentação suficiente”⁷. Por vezes, os cirurgiões dentistas se esquecem que a principal função dos dentes é prover a mastigação dos alimentos. A falta total ou em partes dos dentes 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 dentárias¹⁴.

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 art. 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”⁷.

Dupla é a responsabilidade do profissional de saúde (médico, cirurgião dentista, enfermeiro, e outros que exercerem atividades correlatas), ou daqueles que dirigir estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência para idosos. Além de responder civil e criminalmente pelos atos que praticarem em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas, ainda, terão eles a obrigatoriedade de levarem ao conhecimento da autoridade competente os casos de crimes cometidos em desfavor do idoso que tiverem conhecimento²¹.

CONCLUSÃO

Ações públicas de atenção e a promoção de saúde bucal aos idosos devem ser adequadas à nova legislação. O cirurgião dentista, como membro da equipe de atendimento multidisciplinar ao idoso, deve ser conhecedor dessa nova legislação.

REFERÊNCIAS

- 1 - Barnes, IE, Walls A. Gerodontology. Londres: Ed. Wright; 1994. 212 p.
- 2 - Bastian EM. Estudo sobre a acreditação de internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre-RS. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1979. 182p
- 3 - Brasil. Lei nº. 7.713, de 22 de Dezembro de 1988. Brasília: Diário Oficial da União; 1988.
- 4 - Brasil. Lei nº. 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União; 2002.
- 5 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- 6 - Brasil. Lei nº.: 10.741, de 01 de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União; 2003.
- 7 - Brasil. Emenda constitucional nº. 41, de 19 de Dezembro de 2003. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: