

Trabalho de Conclusão de Curso

Utilização de serviços odontológicos por idosos: uma análise dos procedimentos realizados na atenção básica e secundária

Patrícia Guesser Corrêa Raitz



Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Patrícia Guesser Corrêa Raitz

**Utilização de serviços odontológicos por idosos: uma análise dos
procedimentos realizados na atenção básica e secundária**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Florianópolis

2014

Patrícia Guesser Corrêa Raitz

**UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS POR IDOSOS: UMA ANÁLISE DOS
PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA E SECUNDÁRIA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 10 de novembro de 2014.

Banca Examinadora:

Profª Drª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Renata Goulart Castro

Membro

Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Claudia Fleming Colussi

Membro

Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico este trabalho aos meus pais, **Pedro e Bernadete**, por acreditarem em mim e não medirem esforços para minha formação.*

*Ao meu esposo **Isaac**, por todo o amor e carinho e por estar sempre ao meu lado me apoiando.*

*Dedico ainda aos meus filhos **Luis Antônio e Inácio**, por me ensinar a dar valor à vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por me proporcionar tantas coisas boas e me guiar nos momentos mais difíceis. Obrigada também pela vida, por todas as oportunidades concedidas, pela família maravilhosa, pelos amigos, pela saúde, por guiar todos os meus passos e me mostrar os caminhos a percorrer, com fé e certeza de que posso fazer sempre mais e melhor.

Aos meus pais **Pedro e Bernadete**, por serem pais exemplares, motivo de orgulho e por abdicar de tantas coisas para que eu conseguisse realizar meus sonhos. Obrigada pelo amor incondicional, pela compreensão, o carinho e por me ensinar a ser feliz e cuidar das pessoas que eu amo. Obrigada também por me ensinarem a superar as dificuldades e lutar pelos meus sonhos, sempre acreditando em minha capacidade. Obrigada por tudo.

Ao meu esposo **Isaac**, pela compreensão nos momentos em que me ausentei. Por acreditar e confiar em mim, por ser exemplo de honestidade e por todo o amor e carinho a mim concedidos. Obrigada por toda ajuda na utilização do programa Excel, pelo sono perdido, pelas idéias, críticas e incentivos. Obrigada por permitir que eu estivesse ao seu lado nessa caminhada, você foi responsável por muitas das minhas vitórias.

Aos meus filhos, **Luis Antônio e Inácio**, por serem a alegria dos meus dias. Por me permitirem o dom da maternidade, e serem os maiores presentes que Deus me deu. Vocês são duas pérolas preciosas que mudaram a minha vida e me transformaram na mulher e mãe mais feliz do mundo. Amo vocês!

Aos meus **avós**, que com pequenos olhares, foram capazes de transmitir grandes ensinamentos.

Aos meus sogros, **Maria do Carmo e Osvaldo**, por serem pessoas incríveis, exemplos para mim de caráter e honestidade. Obrigada pelas palavras de incentivo, confiança e carinho para comigo. Obrigada por tantas vezes terem cuidado dos meus filhos a fim de que eu pudesse estudar e escrever este trabalho de conclusão de curso. Posso dizer com muito orgulho que me sinto uma segunda filhinha de vocês.

As demais pessoas da minha família, meu irmão, meus cunhados, e meus amados sobrinhos, por estarem sempre presentes, por me incentivarem e proporcionarem momentos eternamente felizes.

À Profª Drª **Renata Goulart Castro**, pela gentileza, disponibilidade e pela contribuição com este trabalho. Por me ajudar com tanta alegria e carinho desde o início, pelas conversas, e pela linda amizade construída.

À minha orientadora Profª Drª **Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello** que teve um papel determinante na concretização deste trabalho. Agradeço por aceitar a orientação e por todo o comprometimento e dedicação para com esta pesquisa. Agradeço ainda pelos ensinamentos passados, pela sabedoria, paciência e compreensão perante minhas limitações. Foi muito gratificante poder contar com sua orientação e sou muito grata a tudo o que fez por mim e por este trabalho, muito obrigada.

À minha dupla querida, **Francieli Regina Bortoli**, amiga de todas as horas, companheira e pessoa que tenho uma admiração incrível! Foi bom demais dividir com você todos os momentos das clínicas e trabalhos. Tenho certeza que serás uma grande pessoa e uma excelente profissional.

“[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade.”

(Kofi Annan, ex-secretário-geral da ONU)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa orientada ao estudo sobre as melhores práticas de organização das ações e serviços de saúde bucal providos aos idosos, na perspectiva da estruturação da rede de atenção à saúde. Observaram-se três correntes convergindo para que seja crescente e diversificado o estoque de necessidades em saúde bucal da população idosa no Brasil: o aumento acentuado da população idosa sem que haja crescimento compatível da atenção à saúde; o padrão de baixa procura por serviços odontológicos; e a chegada do contingente que alcança a fase idosa demandando conservação da saúde bucal, afetado em grande parte pelas doenças de caráter crônico-degenerativo. Dessa forma, entende-se que a consolidação de uma Rede de Atenção à Saúde, fundamentada nas políticas públicas de saúde vigentes no país, a partir da efetivação do fortalecimento da atenção primária, com abordagens abrangentes e efetivas, torna-se indispensável. Assim, apresenta-se como questão norteadora deste estudo: Qual o perfil de utilização dos serviços de saúde bucal por idosos, considerando a organização da Rede de Atenção à Saúde? O objetivo geral deste projeto de pesquisa foi analisar a utilização dos serviços de saúde bucal, pela população idosa, considerando a organização da Rede de Atenção à Saúde, no SUS. A pesquisa foi realizada no município de Florianópolis (SC). Desenvolveu-se estudo do tipo exploratório e analítico, de base quantitativa. Foram analisados dados secundários, produzidos pelo serviço de saúde bucal de base municipal. O município possui sistema de informação próprio (denominado INFOSAÚDE) em todos os pontos de atenção da rede municipal de saúde, o que permitiu a emissão de relatórios consolidados dos atendimentos odontológicos realizados nos Centros de Saúde, Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e Unidades de Pronto Atendimento - UPA. Para todas as Unidades foram levantados dados sobre os atendimentos clínicos odontológicos, bem como ações coletivas, realizadas em idosos. Verificou-se que uma pequena porcentagem dos atendimentos odontológicos realizados pelos serviços públicos de saúde em Florianópolis é orientada aos idosos, sendo a raspagem supragengival e as restaurações de dentes anteriores e posteriores os procedimentos proporcionalmente mais realizados. Os encaminhamentos deste grupo populacional para o nível secundário concentram-se nas especialidades de radiologia, endodontia e prótese dentária. Constatou-se que pouco mais da metade das visitas domiciliares realizadas no município foram feitas em idosos, e que 7,45% dos grupos operativos foram voltados aos idosos. Os dados produzidos por este estudo contribuem para a elaboração do diagnóstico situacional das ações e serviços de saúde bucal oferecidos aos idosos no município. A expectativa é que haja maior resolubilidade da assistência e inclusão do idoso na rede de serviços de saúde bucal, tanto na rede básica como na média e alta complexidades. Além disso, contribui para a geração de conhecimento sistematizado orientado à saúde bucal dos idosos, capazes de melhorar o acesso às ações e serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Palavras-chave: *Assistência Odontológica para Idosos; Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Idoso*

ABSTRACT

This is a research-oriented study of best actions and oral health services provided to the elderly in view of the structure of the health care network. Three phenomena were observed to the rise and diverse inventory of needs in oral health of the elderly population in Brazil: the sharp increase in the elderly population without consistent growth of health care; the pattern of low demand for dental services; and the arrival of the contingent that reaches the elderly stage demanding maintenance of oral health, affected largely by the character of chronic degenerative diseases. Thus, it is understood that the consolidation of a Network of Health Care, based in public health policy guidelines in place from the accomplishment of strengthening primary care, with comprehensive and endowed with effective approaches, it becomes indispensable. Thus presents itself as guiding question of this study: What is the profile of use of oral health services for the elderly, considering the organization of the Network of Health Care? The main objective of this research project was to analyze the use of oral health services by elderly adults, considering the organization of the Network of Health Care in the NHS. Specific objectives were to: Identify the actions and oral health services provided to the elderly, the Health System; gather information on the amount and types of dental procedures performed in the elderly population in primary and secondary care; describe the referrals of the elderly population to oral health care and care provided at the secondary level; determine the amount of collective actions that involve the participation of the elderly; and analyze how the actions and oral health services, offered to the elderly, are interconnected to the Network of Oral Health. The research proceeded in Florianópolis (SC). The study was performed by analytical and explorative data on a quantitative basis. Secondary data, produced by the oral health service municipal base were analyzed. The city has its own information system (called INFOSAÚDE) at every Service Disposer of the municipal health network, which allowed the consolidated reporting of dental care provided in health centers, polyclinics, specialized dental clinics (called CEO) and Units of Emergency Care – (called UPA). To all units data on dental clinical care, as well as collective actions, performed in elderly were analyzed. It was found that a small percentage of dental care provided by public health services to the elderly in Florianópolis is oriented, and supragingival scaling and restorations of anterior and posterior teeth procedures are performed proportionally more. Referrals of this group to the secondary level focus on the specialties of radiology, and dental endodontia. It was found that slightly more than half of home visits in the city were made in the elderly, and that 7.45% of the operating groups were targeted to the elderly. The data produced by this study contribute to the elaboration of the situational analysis of the actions and oral health services offered to the elderly in the referred municipality. The expectation is that there is greater solvability of care and inclusion of the elderly in the oral health services network, both in the core network as in medium and high complexity. It also contributes to the generation of systematic knowledge-oriented oral health of the elderly, capable of improving access to programs and oral health services in Brazilian Unified Health System - SUS.

Keywords: Dental Care for Aged; Access to health services; Primary Health Care; Elderly

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos principais atendimentos (AT) realizados na população geral e idosa em 2012 no município de Florianópolis.....	43
Quadro 2: Distribuição dos principais PO realizados na população geral e idosa nas UPAS, em 2012, no município de Florianópolis.....	44
Quadro 3: Distribuição dos principais PO realizados na população geral e idosa nas Policlínicas Municipais, em 2012, no município de Florianópolis.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição e percentual dos atendimentos (AT) realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	38
Tabela 2 - Distribuição e percentual dos encaminhamentos para especialidades odontológicas realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	48
Tabela 3 - Distribuição e percentual de visitas domiciliares (VD) realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	51
Tabela 4 - Distribuição e percentual de grupos operativos realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	54
Tabela 5 - Distribuição e percentual do número de participantes de grupos operativos realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual dos atendimentos (AT) realizados em idosos em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	39
Gráfico 2: Percentual das visitas domiciliares (VD) realizadas a idosos em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	52
Gráfico 3: Distribuição de grupos operativos realizados com idosos em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	55
Gráfico 4: Percentual dos idosos participantes de grupo em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	56
Gráfico 5: Distribuição dos procedimentos odontológicos (PO), visitas domiciliares (VD) e números de grupos de idosos, pela população idosa residente em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

AT - Atendimento

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CRIs – Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso

CS – Centro de Saúde

DS – Distrito Sanitário

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INFOSAÚDE – Sistema de gerenciamento das atividades da PMF

LRPD – Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PO – Procedimentos Odontológicos

PR – Paraná

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SAB – Serviços de Atenção Básica

SB Brasil – Levantamento Epidemiológico Saúde Bucal Brasil

SC – Santa Catarina

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS

SMS – PMF – Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliar

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	26
2. REVISÃO DE LITERATURA: Utilização dos serviços de saúde por idosos	28
3.OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4. MÉTODO.....	34
4.1 Desenho do estudo	34
4.2 Local	34
4.3 Coleta de dados	34
4.4 Aspectos Éticos	35
4.5 Análise dos Dados.....	36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
6. CONCLUSÃO.....	58
7. REFERÊNCIAS.....	60
APENDICE A – Artigos analisados segundo o autor, o ano de publicação, título, periódico, número, tipo de estudo, objetivos, o local, a população e os resultados do estudo.	66
APÊNDICE B - Ofício à SMS – PMF	72

1. INTRODUÇÃO

A organização da atenção e assistência à saúde, definidas em rede (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2008a, SILVA, 2011) carrega melhor capacidade de resposta às aspirações e às necessidades da população idosa e busca reverter a desarticulação de ações e serviços. Neste setor, recentemente, o governo brasileiro propôs a (re)estruturação do sistema de saúde, na perspectiva de Rede de Atenção, como estratégia de superação do modo fragmentado de operar a atenção e a gestão nas distintas regiões de saúde (BRASIL, 2008b). A Rede de Atenção à Saúde é entendida como decorrente de “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b). Em função de sua proximidade, lidando muito de perto com o ambiente e com as pessoas, a atenção primária é naturalmente vocacionada para exercer o papel de centro de comunicação na conformação típica de uma rede regionalizada de saúde. Como tal deve ser responsável pela coordenação dos fluxos das pessoas, dos insumos e das instituições.

Embora se reconheça que a capacidade de resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se em torno de 80-90% dos problemas de saúde, o fluxo dos usuários aos serviços especializados, de apoio diagnóstico, terapêutico e hospitalar são imprescindíveis para a prática de atenção integral à saúde e para o reconhecimento por parte da população do papel integrador da Estratégia Saúde da Família (ESF) diante da rede de serviços. A rede de serviços nos níveis secundário e terciário (média e alta complexidade), que sejam referência para as famílias adscritas, deve estar mapeada e os critérios clínicos para a priorização do acesso devem ser definidos (BRASIL, 2007).

Em 2006, a Portaria 648/GM que editou a nova Política Nacional da Atenção Básica definiu a saúde bucal como uma das áreas estratégicas para a atuação em saúde em todo o país. A expansão das ações de saúde bucal na atenção primária e o conseqüente aumento da oferta programada e diversificada de procedimentos implicaram a necessidade de investimentos para suportar a oferta adicional de serviços e o acesso da população a níveis mais altos de assistência, tradicionalmente escassos/limitados nessa área. A constatação da baixa capacidade de oferta dos serviços de média e alta complexidade em saúde bucal compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra referência (BRASIL, 2006b). No âmbito da saúde bucal, o serviço público dá sinais de realinhamento conceitual e operativo. Destacam-se as experiências de inserção na ESF, de regulação e ampliação de acesso a linhas de cuidado e níveis tecnológicos (BRASIL, 2006b), que incluem os CEO, bem como novas bases para a formação profissional (BRASIL, 2006c). Tais decisões conduzem a mudanças que consolidam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Mesmo assim, as ações produzidas pelo setor saúde, ainda centradas em práticas assistenciais clínico-individuais, de resposta à demanda espontânea, não se mostram suficientes para dar conta das amplas necessidades da população, nem tem incorporado os avanços científicos e tecnológicos (NARVAI *et al.*, 2008), inclusive no campo da saúde bucal do idoso.

Os males que afetam a saúde bucal, e particularmente, a do idoso, decorrem de determinantes socioeconômicos, culturais, ambientais, comportamentais e institucionais, que definem o tipo, os níveis e a gravidade das doenças bucais, ou seja, o respectivo padrão epidemiológico. Neste sentido, a literatura em saúde bucal traz à tona alguns questionamentos e dúvidas sobre a atual prática do cuidado à saúde bucal do idoso (NARVAI *et al.*, 2006, PETERSEN *et al.*, 2005, MOYSES *et al.*, 2006, WATT, 2007). É neste contexto que se problematiza a saúde bucal da população idosa.

O contingente de pessoas idosas se expande aceleradamente e tem sido negligenciada a atenção à saúde bucal (MELLO *et al.*, 2007). Independentemente das condições de vida e saúde geral, os idosos brasileiros apresentam altos índices de edentulismo, cárie e doença periodontal, além da elevada necessidade de próteses (SIMOES *et al.*, 2011, COLUSSI *et al.*, 2002, MOREIRA *et al.*, 2005, BRASIL, 2010a). Esse quadro parece refletir uma organização dos serviços de atenção à saúde bucal do adulto. Entretanto, o idoso compõe uma demanda “invisível”, pois muitos deles sequer chegam a procurar o serviço odontológico e, quando o fazem, a ênfase é na eliminação de sintomatologia dolorosa (COLUSSI *et al.*, 2002, GONÇALVES *et al.*, 2010, RODRIGUES *et al.*, 2009).

Assim, apresentaram-se como questões norteadoras deste estudo: **Qual o perfil de utilização dos serviços de saúde bucal por idosos, considerando a organização da Rede de Atenção à Saúde?**

2. REVISÃO DE LITERATURA: Utilização dos serviços de saúde por idosos

No Apêndice A, encontra-se a listagem dos artigos segundo o ano de publicação; o autor; o título, o periódico e o número; o local; a população de estudo e os principais resultados.

Segundo Travassos e Martins (2004) a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O termo acesso, para os autores, é considerado um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com os serviços de saúde.

Matos e Lima-Costa (2007) descrevem a frequência do uso de serviço odontológico entre idosos brasileiros em dois períodos (1998 e 2003), utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Foi constatado que a idade é um importante fator na determinação da menor frequência de visitas ao dentista. Os autores ainda afirmam que “o comportamento das idades mais velhas de visitar menos ou não visitar o dentista pode ser explicado pela alta prevalência de perda de dentes naturais entre idosos brasileiros e pela dificuldade de acesso aos serviços odontológicos.”

Outro estudo realizado por Matos *et al.* (2004) verificou que o uso mais frequente de serviços odontológicos estava associado ao sexo feminino, à faixa etária mais jovem (60-64 anos), à situação urbana de domicílio, à residência na região Sul comparada as regiões Sudeste, Nordeste e Norte, à maior escolaridade e à maior renda domiciliar *per capita*.

Kiyak e Reichmuth (2005) relacionaram eventos sociais e econômicos ocorridos nos Estados Unidos com o acesso ao tratamento dentário, apontando formas de melhor atender os idosos. A implementação de planos de saúde e o advento dos métodos anestésicos nos EUA, na década de 30, foram decisivos para o aumento do acesso ao tratamento dentário às pessoas idosas desta época. Grupos etários nascidos em 1930, 1950 e 1980 possuem variados pontos de vista sobre a manutenção, propósitos e aparência dos dentes. Pessoas nascidas antes de 1940 tendem a valorizar menos a estética e saúde bucal que um grupo nascido na década de 80. Segundo a *National Health Interview Survey* (NHIS) o pico de utilização do serviço odontológico ocorre na idade média de 35 a 45 anos e cai drasticamente na idade de 65 anos.

Ainda são poucos os estudos sobre o uso de serviços odontológicos por idosos brasileiros. Um comparativo entre o Brasil e países desenvolvidos neste quesito foi feito por dois estudos utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), conduzida em 1998. Estas mostraram que os idosos brasileiros faziam menor uso dos serviços odontológicos comparado aos países desenvolvidos (MATOS e LIMA-COSTA, 2007, MATOS *et al.*, 2004). Matos e Lima-Costa (2007) exemplificam:

Enquanto em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Inglaterra, a visita ao dentista há menos de um ano variou de 32% a 47%, no Brasil, somente 13,2% dos idosos haviam feito essa visita e 6,3% jamais haviam tido uma consulta odontológica.

Shelley *et al.* (2011) conduziram uma pesquisa com uma amostra de 1870 idosos selecionados aleatoriamente em 56 centros de atendimentos de idosos, e perceberam que a fluência no idioma inglês foi significativamente importante para o acesso ao tratamento dentário entre idosos imigrantes de Nova Iorque.

Ettinger *et al.* (2007) caracterizou o idoso baseado na capacidade de se locomover para buscar serviços odontológicos. Estes podem ser classificados em três grupos funcionais: idoso funcionalmente independente, idoso levemente debilitado; e idoso funcionalmente dependente de outros adultos. O estudo de Paskulin *et al.* (2008) reforça o de Ettinger quando descreve a necessidade de implementação do princípio de organização da atenção básica em dois eixos: o dos idosos independentes e o dos idosos frágeis.

Piccini *et al.* (2006) procuraram saber se houve efetividade na oferta de serviços na atenção básica e na sua utilização por 4003 idosos de 41 municípios dos estados de Alagoas, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, e Santa Catarina. A avaliação da oferta e da utilização dos serviços de atenção básica por idosos permite medir a efetividade da política direcionada a este grupo populacional (HABICHT *et al.*, 1999). Piccini *et al.* (2006) concluiu que o cuidado dos idosos revelou uma perda sequencial de efetividade, desde a oferta insuficiente em relação ao prescrito até a utilização, que alcançou menos da metade da população alvo. Outras razões para a perda de efetividade na atenção básica ao grupo etário idoso foram descritas pelo autor:

A desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis, as absurdas barreiras arquitetônicas, a ausência de capacitação para as equipes, a pequena proporção de unidades com protocolos específicos e a baixa oferta de cuidados domiciliares representaram um primeiro conjunto de variáveis que contribuíram para a perda da efetividade do cuidado prescrito legalmente para este grupo populacional.

Haikal *et al.* (2008) investigaram o uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros participantes do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - SB Brasil. Verificou-se que as condições de saúde bucal dos idosos brasileiros são precárias e ainda hoje o uso dos serviços odontológicos se dá, predominantemente, por motivo de dor. O uso desses serviços por rotina entre idosos dentados e edentados é baixo, com prevalência entre 20% e 17%, respectivamente. Haikal *et al.* (2008) concluem:

Enfim, seja por iniquidade, por barreiras financeiras, por problemas de acesso ou por falta de informações, o uso dos serviços odontológicos por rotina nos dois estratos é baixo e apresenta impacto na qualidade de vida dos idosos brasileiros indicando a necessidade de políticas públicas.

Martins *et al.* (2008) também estudaram as características associadas ao uso de serviços odontológicos de idosos dentados e desdentados, porém agora sob na região Sudeste do Brasil. A prevalência de uso dos idosos dentados foi de 32%, enquanto que a dos idosos desdentados ficou em 11%. O estudo constatou uma importante iniquidade no acesso aos serviços odontológicos e no seu uso, já que, nos dois estratos, os idosos que apresentavam problemas bucais foram menos ao dentista. Entre os dentados, aqueles residentes na zona rural, com menor renda, e que necessitavam de prótese usaram menos os serviços odontológicos. Entre os edentados, aqueles com menor escolaridade foram menos ao dentista e os que relataram sensibilidade dolorosa nos dentes ou gengivas, nos últimos seis meses, foram mais ao dentista.

Rodrigues *et al.* (2009) avaliaram a utilização de serviços de saúde entre idosos portadores de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença mental) em 41 municípios das regiões Sul e Sudeste. Nas duas regiões, o uso dos serviços foi maior por idosos com idade inferior a 80 anos, baixa escolaridade e residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a Estratégia Saúde da Família (ESF). A maior utilização das UBS com modelo de ESF indica que essa estratégia de atenção básica, independentemente de contexto geográfico, promove maior acesso dos idosos portadores de condições crônicas do que o modelo tradicional. Os autores ainda concluem que também devem ser beneficiários de estratégias que assegurem o acesso às UBS os idosos com mais de 80 anos bem como aqueles portadores de incapacidade funcional.

Neste sentido, Paskulin *et al.* (2011) afirma que o cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam.

Em sua pesquisa, Paskulin *et al.* (2011) realizou um inquérito domiciliar com 292 idosos do distrito Noroeste de Porto Alegre (RS), a fim de descrever a utilização e acesso geográfico de idosos a serviços de atenção básica (SAB). Os resultados mostraram que os SAB foram utilizados por 49,7% dos idosos, motivados por sua localização, qualidade e “gratuidade”. Os fatores negativos relacionados à utilização do SAB foram “escolaridade” e o fato de “perceber-se saudável”; a variável associada positivamente foi “autorrelato de dano crônico”. Dessa maneira, os idosos expostos a situações de fragilidade econômicas e de saúde foram os que mais utilizaram um SAB.

Pilger *et al.* (2013) realizaram um estudo com 359 idosos cadastrados nos serviços públicos de Guarapuava-PR. O objetivo deste era analisar o padrão de utilização dos serviços de saúde destes idosos através de inquérito domiciliar. Quanto à procura por serviços odontológicos, cerca de 55,6% dos idosos relataram não procurá-los. Os autores concluíram que a população idosa é grande usuária dos serviços de saúde e a rede pública do município necessita se organizar frente a uma demanda crescente por procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a utilização dos serviços de saúde bucal, pela população idosa, no município de Florianópolis, considerando a organização da Rede de Atenção à Saúde, no SUS.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever e analisar a quantidade e tipos de procedimentos odontológicos realizados na população idosa e população em geral, na atenção primária;
- Descrever e analisar os encaminhamentos da população idosa e população em geral à atenção à saúde bucal, bem como os atendimentos realizados no nível secundário;
- Descrever e analisar a quantidade de ações coletivas que envolvem a participação da população idosa e população em geral;
- Descrever e analisar a quantidade de visitas domiciliares que envolvem a participação da população idosa e população em geral;
- Comparar PO, encaminhamentos e ações coletivas realizadas na população idosa com a população em geral;
- Analisar como as ações e serviços de saúde bucal, ofertados à população idosa, estão integrados à Rede de Atenção à Saúde Bucal.

4. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório e descritivo, de base quantitativa. Foram analisados dados secundários, produzidos pelo serviço de saúde bucal de base municipal.

4.2 Local

A pesquisa se desenvolveu no município de Florianópolis (SC) cuja população, em 2010, contabilizou 421.203 habitantes. Destes, 49.735 (11,8%) são idosos, considerando aqueles com 60 anos ou mais de idade (CENSO IBGE, 2010).

4.3 Coleta de dados

O município de Florianópolis possui sistema de informação próprio (agenda e prontuário eletrônicos) em todos os pontos de atenção da rede municipal de saúde, o denominado INFOSAÚDE. Esse sistema permite a emissão de relatórios consolidados dos atendimentos odontológicos realizados nos Centros de Saúde, Policlínicas, Centros de Especialidades odontológicas - CEO e Unidades de Pronto Atendimento - UPA.

Foram incluídas as Unidades que fazem parte da Rede de Atenção à saúde bucal do município de Florianópolis (Centros de Saúde, Policlínicas, CEO, UPA), segundo Distrito Sanitário e Centros de Saúde. Para todas as Unidades foram levantados dados sobre os atendimentos clínicos odontológicos, bem como ações coletivas e encaminhamentos de exames e consultas especializadas realizadas em idosos e registrados no INFOSAÚDE.

Levantaram-se dados, referentes ao ano de 2012, em relação aos:

- Idosos atendidos;
- Atendimentos odontológicos (AT) em idosos, em todas as especialidades.
- Procedimentos odontológicos (PO) realizados em idosos;
- Encaminhamento de idosos para Especialidades Odontológicas;
- Visitas domiciliares (VD) realizadas a idosos;
- Grupos operativos, especialmente os voltados aos idosos;
- Participantes de grupos operativos, especialmente idosos;

Os AT referem-se às primeiras consultas odontológicas programáticas, tratamentos completados, e atendimentos de urgência realizados em atenção básica. E os PO realizados retratam àqueles feitos

propriamente em consultório tais como a raspagem, alisamento e polimento supragengivais; restaurações anteriores e posteriores; exodontia de dente permanente; aplicação tópica de flúor; e instalação e adaptação de próteses dentárias.

Alguns vieses ocorreram durante a realização deste estudo e devem ser considerados. Primeiramente, todas as informações foram retiradas de base de dados secundária informatizada estando sujeitas a subregistro ou falhas de registro.

Os procedimentos realizados em idosos de retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) e retirada de pontos por paciente (remoção de sutura) não foram considerados, uma vez que não se tem garantia que os mesmos tenham sido realizados pela ESB.

Sabe-se que a diabetes mellitus e a hipertensão arterial são doenças altamente prevalentes em indivíduos idosos (BRANDÃO *et al.*, 2006; FREITAS, 2006). Entretanto, no momento do registro no INFOSAÚDE das informações relacionadas aos AT, PO, VD ou grupos operativos, o sistema não permitia a opção de escolha dos idosos que fossem diabéticos e/ou hipertensos. Uma característica era excludente da outra, ou seja, fazia-se o levantamento dos dados dos indivíduos idosos; ou daqueles que possuíam a enfermidade diabetes e/ou hipertensão. Logo, esta foi uma importante limitação deste estudo, por somente terem sido considerados como idosos o que a base de dados secundária registrou como tal, havendo portanto, uma grande chance de um subregistro de informações.

Deve-se considerar ainda que este estudo restringiu-se a estudar a Rede na perspectiva das atenções primária e secundária ficando de fora desta análise a atenção terciária, com os atendimentos de alta complexidade nos hospitais.

4.4 Aspectos Éticos

Foi elaborado um ofício com o intuito de dar ciência e solicitar a autorização da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS-PMF) quanto ao uso das informações do INFOSAÚDE. Este ofício foi entregue na SMS-PMF juntamente com cópia detalhada do projeto de pesquisa, sendo então autorizada a execução deste estudo. O presente ofício encontra-se anexado no APÊNDICE B.

O delineamento e a utilização de fontes secundárias de dados tornaram os riscos e dificuldades para a realização desta pesquisa mínimos, em vista das contribuições que foram adjudicadas a partir da análise e das reflexões dela resultantes.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram consolidados com recursos operacionais de planilha eletrônica, em software Microsoft Excel®. Foi procedida análise estatística descritiva das variáveis segundo local, tipo de Unidade de Saúde investigada. Foi realizada comparação dos dados obtidos com a utilização dos idosos com aqueles da população em geral.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o ano de 2012, foram registrados no município de Florianópolis 761.588 AT na população em geral, enquanto que na faixa etária idosa apresentaram-se 11.271 AT. Ao se comparar a proporção de AT realizados na população em geral e idosa observou-se que o DS com a melhor proporção apresentou cerca de 7 vezes mais AT na população em geral que na idosa, já o DS com pior proporção deste valor foi cerca de 8 vezes maior.

Os dados apontam que do total de AT realizados no período do estudo, apenas 1,48% ocorreram em idosos. O percentual de AT realizados em idosos foi maior no DS Continente, perfazendo 2,46%, e menor no DS Sul, com 1,09% (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição e percentual dos atendimentos (AT) realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

Distrito Sanitário	População total	Total de AT realizados	Percentual de AT realizados	Proporção entre AT realizados e a população total	População idosa	Total de AT realizados em idosos	Percentual dos AT realizados em idosos	Proporção entre AT realizados em idosos e total de idosos	Percentual dos AT realizados em idosos em relação ao total de AT realizados
Centro	86.583	147.984	19,43%	1,71	13.084	1.905	16,90%	0,15	1,29%
Continente	94.127	151.324	19,87%	1,61	12.834	3.717	32,98%	0,29	2,46%
Leste	72.349	144.417	18,96%	2,00	6.879	1.755	15,57%	0,26	1,22%
Norte	91.980	145.262	19,07%	1,58	8.809	1.723	15,29%	0,20	1,19%
Sul	88.119	172.601	22,66%	1,96	8.129	1.877	16,65%	0,23	1,09%
Total geral	433.158	761.588	100,00%	1,76	49.735	11.271	100,00%	0,23	1,48%

Em relação à distribuição dos atendimentos (AT) realizados em idosos, o DS Continente foi o que mais se destacou realizando 33% destes AT (Gráfico 1). Isso pode justificar-se pelo fato deste distrito possuir 11 centros de saúde para atender uma população de 12.834 idosos, enquanto que no Distrito Centro tem-se 5 centros de saúde para atender 13.084 idosos. Outra razão poderia ser a questão sócio econômica da população idosa, bem como a diferente forma de morar destes dois distritos: o DS Centro caracteriza-se por um território com prevalência de prédios e perfil vertical das moradias; já o território do DS Continente apresenta um perfil mais residencial e com disposição mais horizontal.

Segundo Marziale (2003), é urgente a necessidade de trabalhar o contexto social e humano do idoso em suas diversas interfaces, uma vez que, com a expansão da população idosa, aconteceram mudanças

relacionadas à desigualdade socioeconômica, gerando problemas que necessitam de solução imediata para garantir ao idoso a chance de preservar sua saúde física e emocional, em condições de autonomia e dignidade.

Para Martins e colaboradores (2007), além da saúde, a questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política que amenize a cruel realidade daqueles que conseguem viver com idade avançada. Depois de tantos esforços feitos para prolongar a vida humana, seria lastimável não se possibilitar as condições adequadas para vivê-la com dignidade.

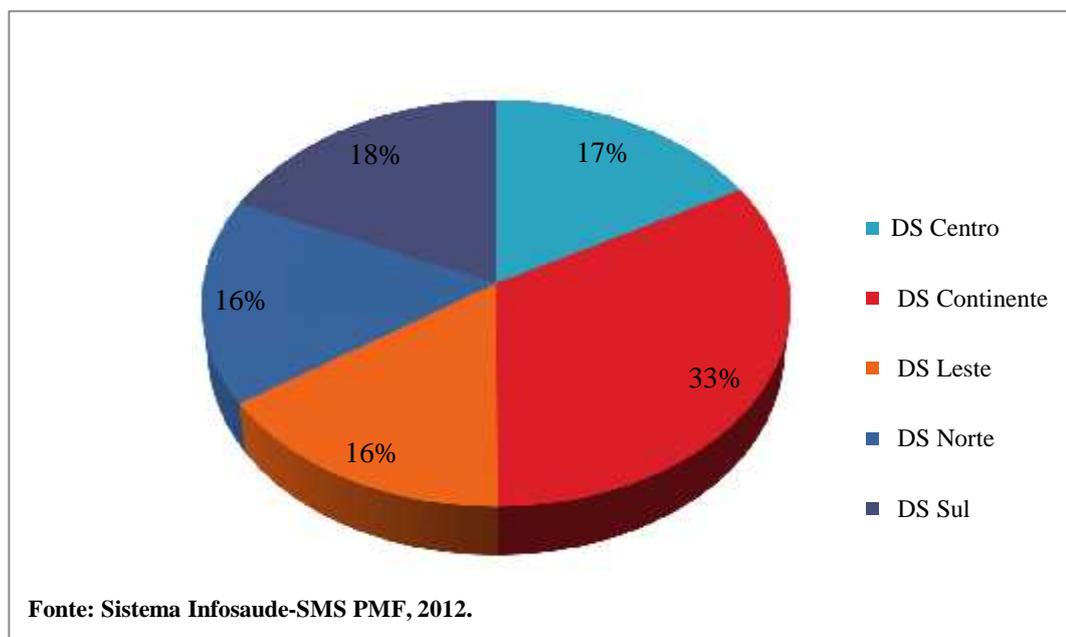


Gráfico 1: Percentual dos atendimentos (AT) realizados em idosos em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

Sabe-se que a população idosa ainda tem utilizado pouco o serviço de saúde, em especial o odontológico (BALDANI *et al.*, 2010; STRAYER *et al.*, 1997). Com o envelhecimento, as visitas ao médico aumentam, ao contrário do que ocorre com as visitas ao dentista (KYIAK *et al.*, 1986), sendo esperada uma baixa prevalência de uso dos serviços odontológicos entre os idosos quando comparados a populações mais jovens (NEWMAN *et al.*, 1992, MATOS *et al.*, 2004, DAVIDSON *et al.*, 1997).

Martins *et al.* (2007) investigou a utilização de serviços odontológicos entre os idosos brasileiros. Foram incluídos os idosos participantes do inquérito de saúde bucal do Ministério da Saúde realizado em 2002 e 2003 que usaram algum serviço odontológico pelo menos uma vez na vida. Evidenciou-se que, no Brasil, a prevalência de uso dos serviços odontológicos por idosos no ano de 2003 foi muito baixa (16,8%). Esse resultado denota uma provável dificuldade de acesso, especialmente considerando que 5,8% dos idosos relataram nunca ter ido ao dentista. Dessa maneira, a baixa prevalência de uso explica, em parte, as precárias condições de saúde bucal dos idosos identificadas na pesquisa.

No Brasil, dados do levantamento epidemiológico nacional em Saúde Bucal realizado em 2003 revelaram um percentual de consultas odontológicas no último ano entre idosos de 65 a 74 anos de 17%.

Quando indagados sobre o motivo da procura, 18% dos idosos relataram ser por rotina (revisão e/ou prevenção) (BRASIL, 2003a). Dados de 2010 indicaram um aumento na taxa de consultas em idosos para 30%, sendo 13% destes por rotina. Os resultados indicaram também que o uso dos serviços odontológicos dessa natureza diminui com o avanço da idade (BRASIL, 2010a).

A proporção média de AT realizados por habitante foi 1,76. O DS Leste foi o que apresentou a maior proporção AT/habitante com 2,00, o menor foi o DS Norte com 1,58. Considerando apenas a população idosa, a proporção média de AT realizados por habitante atingiu somente 0,23. O DS Continente apresentou a maior proporção AT/habitante idoso, com 0,29 e o DS Centro a menor, com 0,15, podendo ser atribuída ao diferente perfil socioeconômico da população idosa nos referidos distritos.

A pequena proporção de idosos atendidos em serviços públicos de saúde bucal, quando comparados à população em geral, pode estar associada a pouca demanda que este grupo apresenta, caracterizando o pouco uso dos serviços odontológicos por idosos. Interessante ressaltar que este fenômeno ocorre numa realidade na qual idosos possuem condição de saúde bucal ruim e apesar de serem ofertados serviços odontológicos de forma gratuita. Embora haja estímulo crescente de organismos internacionais para implantação de programas que promovam o cuidado à saúde bucal, poucos são os que incluem ações preventivas e curativas orientadas às especificidades dos idosos (PERTERSEN *et al.*, 2010).

Alguns estudos (HOLTZMAN *et al.*, 1990; DOLAN *et al.*, 1988) foram realizados para entender os motivos que fazem com que os idosos visitem menos ou não visitem o dentista. Estes têm mostrado que o uso de serviços odontológicos é também influenciado por medo do tratamento, condição dentária (dentado ou não), menor mobilidade física e comprometimento do estado geral de saúde. A literatura ainda destaca como barreiras que contribuem para a baixa utilização dos serviços odontológicos pelos idosos a alta prevalência de perda dos dentes naturais, dificuldade de acesso aos serviços (BALDANI *et al.*, 2012), insuficiente oferta de atenção à saúde bucal nos serviços públicos (MARTINS *et al.*, 2008; MATOS *et al.*, 2001), a não percepção do idoso sobre a necessidade de atenção odontológica, a falta de informação sobre as consequências de uma condição bucal ruim, falta de recursos financeiros e a pouca integração da saúde bucal nos serviços de atenção à saúde do idoso (PERTERSEN *et al.*, 2010; KOSSIONI, 2013).

Antczak e Branch (1985) verificaram que a baixa expectativa dos idosos em relação ao tratamento odontológico é uma importante barreira para o uso de serviços odontológicos. Esses autores também destacam o fato dos idosos acreditarem que a visita regular ao dentista seja importante apenas para pessoas que possuem dentes ou que o dentista não possa satisfazer suas necessidades.

O Quadro 1 apresenta os principais AT realizados na população em geral e idosa. Dentre as consultas realizadas observou-se que os idosos representaram apenas 6,5% das Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas e 1,4% dos Atendimentos de Urgência em Atenção Básica. A razão entre Tratamentos Completados e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas o que indica se há uma boa relação entre acesso e resolutividade, apresentou valores baixos tanto para a população geral quanto para a idosa.

Entretanto, este foi maior entre os idosos, com 55,9%, quando comparados com a população total, com 38,8%. Esta importante conclusão denota que mais idosos que iniciam o tratamento vão até o final. Isso possivelmente retrata que os idosos sendo um dos grupos prioritários Serviço Público de Saúde apresenta garantia de consultas até o término do tratamento, bem como maior disponibilidade para consultas.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde no Brasil dão conta de que, no ano de 2012, foram realizadas 8.844.567 primeiras consultas odontológicas programáticas, 3.883.819 tratamentos foram completados e 2.798.769 urgências odontológicas atendidas (BRASIL, 2014). Infelizmente este dado não está disponível estratificado por faixa etária o que impede análises aprofundadas em relação ao público idoso.

O cuidado da pessoa idosa, até bem pouco tempo, era de responsabilidade das especialidades e dos serviços de urgência. Com a contemporânea conjuntura do envelhecimento e toda operacionalização do SUS, tendo como premissa os cuidados primários à saúde, o idoso passa a ser visto politicamente e também pela saúde pública (FERNANDES, 2013). Dessa maneira, os serviços públicos de saúde despertam-se cada vez mais para a criação do espaço para a saúde da pessoa idosa, e para a consolidação de uma rede diferenciada e exclusiva para o cuidado à saúde do idoso.

Em 2002, o Ministério da Saúde através das portarias GM/MS N° 702/2002 E SAS/MS N° 249/2002 estabeleceu que as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso seriam formadas pelos hospitais gerais e pelos Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso (CRIs), destinados a oferecer serviços de várias modalidades assistenciais – internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar -, constituindo-se referência para a Rede de Assistência à Saúde do Idoso (WATANABE *et al.*, 2009).

Nos CRIs realizam-se ações peculiares de atenção ao idoso relacionadas à saúde bucal, mental, auditiva, ocular e dos pés, com disponibilização de próteses dentárias e medicamentos de alto custo, assim como ações de reabilitação. Com foco no envelhecimento ativo, sua finalidade é a mudança de padrões, trazendo o idoso para o centro do cuidado, com possibilidades reais de se tornar protagonista de sua vida na produção de ambientes e hábitos mais saudáveis. O Brasil apresenta um quantitativo de 74 CRIs, sendo que o estado de Santa Catarina, estado ao qual pertence o município de estudo, dispõe de apenas dois (WATANABE *et al.*, 2009).

Apresentaram-se aqui, portanto, duas formas de organizar a Rede de Saúde Bucal, uma baseada no atendimento do idoso na Atenção Básica, e outra alicerçada em Centros de Referência Especializados na Atenção à Saúde do Idoso. Cabe ressaltar que as duas formas são válidas e se completam sendo uma grande conquista no cuidado à saúde da pessoa idosa. Entretanto, proporcionar o cuidado à saúde do idoso por meio de Centros de Referência torna-se uma alternativa inviável para pequenos municípios por tratarem-se de grandes estruturas que devem dispor de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Além disso,

cabe ressaltar que uma assistência baseada no consumo intensivo de tecnologia e recursos humanos especializados, além de apresentar alto custo, enfraquece a prevenção e o acompanhamento duradouro a problemas crônicos. Logo, estes CRI's deveriam estar mais voltados a atender os idosos que realmente necessitem de reabilitação e tratamentos médico-odontológicos, além dos idosos acamados e restritos a domicílio.

Em se tratando da Rede de Saúde Bucal baseada na ESF e na AB, esta deve sim também estar voltada para o atendimento ao idoso, principalmente àqueles independentes e saudáveis que conseguem desenvolver suas atividades diárias. Dessa maneira, o maior fortalecimento da atenção primária em saúde e ESF é muito válido por serem peças chave para o cuidado à saúde do idoso, fomentarem a qualidade de vida atuando na promoção de um envelhecimento saudável, além de permitirem a prevenção e o acompanhamento duradouro a problemas crônicos.

Como o envelhecimento não se trata de um processo uniforme, as necessidades e demandas dos idosos variam, sendo por isso necessário a fortificação do trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou doença, inclusive nos domicílios. Assim, o efetivo cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância auxiliando para as ações das demais (MOTTA *et al.*, 2011).

No Brasil, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) prevêm a organização dos serviços pensados na forma de “linhas do cuidado”, entre elas a do idoso, com o estabelecimento de fluxos que impliquem em ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência).

A OMS recomenda que os países desenvolvam programas de saúde bucal para atender às necessidades dos idosos com protocolos definidos e intervenções interdisciplinares adequadas para resultar em impacto positivo na saúde bucal deste grupo, transpondo as barreiras de acesso aos serviços. (PERTERSEN *et al.*, 2010; KOSSIONI, 2013).

Quadro 1: Distribuição dos principais AT realizados na população geral e idosa em 2012 no município de Florianópolis.

Principais AT realizados	Quantidade realizada na População	Quantidade realizada em Idosos	Percentual realizado em idosos
Primeira Consulta Odontológica Programática	19751	1278	6,5%
Tratamento Completado	7673	714	9,3%
Atendimento de Urgência em Atenção Básica	54942	772	1,4%
Raspagem Alisamento e Polimento Supragengivais (Por Sextante)	14706	3452	23,5%
Restaurações anteriores e posteriores	16504	2157	13,1%
Exodontia de dente permanente	12982	763	5,9%
Aplicação Tópica de Flúor (Individual Por Sessão)	223040	304	0,1%
Instalação e Adaptação de Próteses Dentárias	1407	34	2,4%

Na população em geral, o procedimento de Aplicação Tópica de Flúor individual foi o mais frequente. Sabe-se que o flúor vem sendo utilizado, sob diversas formas, como instrumento eficaz e seguro na prevenção e controle da cárie dentária, por isso é considerado elemento estratégico das tecnologias empregadas nos sistemas de prevenção em saúde bucal. Em se tratando da população idosa a Raspagem, alisamento e polimento supragengivais ficou em primeiro lugar. Do total de Aplicações de flúor apenas 0,1% foram realizadas em idosos, para Instalações e adaptações de próteses dentárias este percentual foi de 2,4%, para as Exodontias de dentes permanentes foi 5,9%, para as Restaurações foi 13,1% e 23,5% para as Raspagens, alisamentos e polimentos supragengivais.

Raspagens e restaurações, sendo os procedimentos odontológicos mais realizados em idosos no Município de Florianópolis durante o ano de 2012, denotam que vem ocorrendo uma mudança gradual no perfil das condições bucais nesta faixa etária. Apesar dos altos índices de edentulismo ainda presentes, principalmente nos países menos desenvolvidos como o Brasil, em grande parte do mundo há tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo (KUNZEL, 1991; RUTKAUSKAS, 1997), o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional com a pluralidade de quadros clínicos.

Constatou-se que dentro do DS Continente, o Centro de Saúde (CS) que mais realizou Procedimentos Odontológicos (PO) em idosos foi o CS Coqueiros, totalizando 7,46% dos PO realizados no Município de Florianópolis. Isto pode justificar-se pelo fato deste ser o CS com maior número de idosos adscritos. Ainda deve-se considerar que este dado está subestimado, uma vez que o CS Coqueiros foi inaugurado em março de 2012, não apresentando, portanto, registros dos PO dos meses de janeiro e fevereiro de 2012.

Os quadros 2 e 3 representam os PO realizados na atenção secundária municipal à população em geral e idosa durante o ano de 2012. O Quadro 2 apresenta os principais PO realizados pelas UPAS, fazendo um comparativo entre as UPAS Norte e Sul em relação à quantidade de PO feitos na população em geral e idosa.

Constatou-se que do total de PO realizados na UPA Norte, somente 1,13% foi realizado em idosos; e na UPA Sul, apenas se realizou em idosos 1,85% da totalidade dos PO. Na UPA Norte, o PO mais frequente na população em geral foi o Selamento Provisório de Cavidades Dentárias, e na população idosa a Aplicação Tópica de Flúor foi o que mais se destacou. Do total de Aplicações de Flúor 23,81% foram realizadas em idosos; para as Exodontias de Dentes Permanentes foi 5,34%; para as Raspagens e Alisamentos Subgengivais foi 5,13%; para as Drenagens de Abscessos da Boca e Anexos 4,23% e 3,65% para as Restaurações.

Quadro 2: Distribuição dos principais PO realizados na população geral e idosa nas UPAS, em 2012, no município de Florianópolis.

Principais PO realizados	UPA NORTE			UPA SUL		
	Quantidade realizada na População Geral	Quantidade realizada em Idosos	Percentual realizado em idosos	Quantidade realizada na População Geral	Quantidade realizada em Idosos	Percentual realizado em idosos
Atendimento De Urgência Em Atenção Básica	1587	25	1,55	162	3	1,82
Raspagem Alisamento E Polimento Supragengivais (Por Sextante)	17	0	0,00	12	2	14,29
Raspagem Alisamento Subgengivais (Por Sextante)	37	2	5,13	7	1	12,50
Restauração De Dente Permanente Anterior e Posterior	211	8	3,65	141	9	6,00
Exodontia De Dente Permanente	124	7	5,34	46	7	13,21
Aplicação Tópica De Flúor (Individual Por Sessão)	16	5	23,81	23	0	0,00
Instalação E Adaptação De Prótese Dentária	3	0	0,00	14	1	6,67
Capeamento Pulpar	27	1	3,57	77	1	1,28
Curativo De Demora C/ Ou S/ Preparo Biomecânico	26	1	3,70	334	3	0,89
Acesso A Polpa Dentária E Medicação (Por Dente)	2746	18	0,65	1145	9	0,78
Selamento Provisório De Cavidade Dentária	3005	20	0,66	822	17	2,03
Drenagem De Abscesso Da Boca E Anexos	68	3	4,23	835	17	2,00

Em se tratando da UPA Sul, o PO mais realizado na população em geral foi o Acesso a Polpa Dentária e Medicação (por dente), e na faixa etária idosa foi mais frequente a Raspagem Alisamento e Polimento Supragengival. Os PO mais realizados em idosos em ordem decrescente de frequência estão descritos a seguir: Raspagem, Alisamento e Polimento Supragengivais (14,29%); Exodontia de Dente

Permanente (13,21%); Raspagem e Alisamento Subgingivais (12,50%); Instalação e Adaptação de Prótese Dentária (6,67%); e Restaurações (6,00%).

O Quadro 3 apresenta os principais PO realizados nas Policlínicas Municipais Centro e Continente, apontando os principais PO feitos na população em geral e idosa. Verificou-se que apenas 1,2% da totalidade de PO realizados na Policlínica Centro realizaram-se na faixa etária idosa; e na Policlínica Continente, somente 0,78% do total de PO foram executados em idosos.

Na Policlínica Centro, o PO mais executado na população geral foi Restauração de Dente Decíduo com 16,17%. Entre os PO mais realizados em idosos estão Endodontia em Dente Permanente Uniradicular com 10,34%; Tratamento de Nevralgias Faciais (7%); Radiografia Periapical e Interproximal (6,28%); e Acesso a Polpa Dentária e Medicação (0,53%).

Quadro 3: Distribuição dos principais PO realizados na população geral e idosa nas Policlínicas Municipais, em 2012, no município de Florianópolis.

Principais PO realizados	Policlínica Municipal Centro			Policlínica Municipal Continente		
	Quantidade realizada na População Geral	Quantidade realizada em Idosos	Percentual realizado em idosos	Quantidade realizada na População Geral	Quantidade realizada em Idosos	Percentual realizado em idosos
Curativo De Demora C/ Ou S/ Preparo Biomecânico	387	1	0,26	805	8	0,98
Selamento Provisório De Cavidade Dentária	188	0	0	1543	11	0,71
Acesso A Polpa Dentaria E Medicação (Por Dente)	189	1	0,53	369	10	2,64
Instalação E Adaptação De Prótese Dentaria	1	0	0	2	23	92
Endodontia Em Dente Permanente Unir radicular	52	6	10,34	156	3	1,89
Radiografia Peri-Apical Inter proximal (Bite-Wing)	343	23	6,28	6682	35	0,52
Tratamento De Nevralgias Faciais	93	7	7	0	0	0

Na Policlínica Continente, Radiografia Periapical e Interproximal (Bite-Wing) foi o AT mais realizado na população geral; já na faixa etária idosa, foi a Instalação e Adaptação de Prótese Dentária o AT em que mais se destacou. Do total de Instalações e Adaptações de Prótese Dentária 92% foram realizadas em idosos; para os Acessos à Polpa Dentária e Medicação foi 2,64%; para as Obturações em Dentes Permanentes Uniradulares foi 1,89%; e para os Curativos de Demora c/ ou s/ Preparo Biomecânico foi 0,98%.

Nos Estados Unidos, estudos nacionais realizados durante os últimos trinta anos forneceram dados que indicam diminuição progressiva de edentulismo em adultos (de 35 a 74 anos de idade), provavelmente

associada à alteração de valores e atitudes em relação à saúde bucal (ETTINGER, 1997). Essas mudanças teriam sido influenciadas pelo avanço tecnológico da odontologia (alta-rotação, materiais restauradores, anestesia), a fluoretação da água de abastecimento público e a prosperidade da sociedade, possibilitando um maior acesso aos serviços odontológicos. Além disso, também os dentistas mudaram suas atitudes, passando da postura radical fundada no binômio extração/dentadura para uma intervenção com bases preventiva e restauradora (SHINKAI *et al.*, 2000).

Entretanto, Rosa *et al.* (1992) observou que a prevenção em odontologia passou a despertar interesse no Brasil somente na década de 70, o que poderia explicar em parte os baixos níveis de saúde bucal no idoso. Seguindo este pensamento, os efeitos das medidas odontológicas preventivas serão mais evidentes só nas gerações futuras dos idosos brasileiros.

Pode-se considerar ainda que a necessidade de tratamento protético apresentada pelos idosos tenha certa influência na baixa utilização dos serviços odontológicos. Tratamento esse que no serviço público municipal é oferecido somente na modalidade de prótese total; e nos consultórios particulares, devido ao custo, está acessível apenas a uma pequena parcela desta população.

Calcula-se que cerca de 70% a 80% das pessoas idosas são dependentes, única e exclusivamente, dos serviços públicos de saúde (IBGE, 2010). Prevê-se que o envelhecimento da população e o aumento da frequência das doenças crônicas, principalmente, hipertensão e diabetes, constituirão um grande desafio para a saúde pública em um futuro próximo, particularmente para a Atenção Primária. Perante essa realidade, Telles (2012) reafirma, que os serviços de saúde da rede pública necessitam se adequar ao envelhecimento populacional, principalmente a atenção básica que foi praticamente desenvolvida para lidar com o binômio mãe/filho e com as doenças transmissíveis. Portanto, os serviços de saúde precisam ter agora um novo olhar, não mais na doença, mas na funcionalidade das pessoas. Para isso é preciso proporcionar um contato longitudinal e efetivo às pessoas portadoras de doenças crônicas, e trabalhar na instrumentalização da rede de atenção a fim de que ela possa responder às demandas da população (PAHO, 2012).

De acordo com Lavras (2007), uma rede de atenção à saúde pode ser entendida como “um arranjo organizativo de unidades funcionais que desenvolvem atividades de natureza e procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, interagindo por meio de sistemas logísticos de apoio e de gestão que buscam garantir a integridade do cuidado”. Esse modelo é necessário, segundo a pesquisadora, para de que se enfrente a “crônica insuficiência de recursos orçamentários destinados ao SUS e a inadequada utilização desses recursos, gerada pela falta de planejamento regional do sistema”.

De acordo com a PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010, o modelo de atenção à saúde, corrente no sistema público de saúde brasileiro, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e nos serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insubsistente para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010c).

Nesse sentido, superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS. A PORTARIA N° 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 aponta como solução a modificação do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das redes de atenção à saúde (RAS) para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010c).

A mesma portaria inclui, em seu texto, que a organização da RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, é mais eficiente, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. No Brasil, o debate sobre a RAS adquiriu importância com o estabelecimento do Pacto pela Saúde e seus desdobramentos, sendo a Rede a estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade, efetivando-se em três dimensões: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão (BRASIL, 2010c).

Dessa forma, todos os serviços de saúde do SUS devem estar interligados e organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso da população ocorre de preferência, pela atenção básica de saúde, e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município.

A literatura está repleta em registros referentes à rede de atenção à saúde, e o enfoque se faz na APS como coordenadora dos cuidados nos ciclos de vida enquanto situação crônica. No que se refere às evidências sobre as redes de atenção à saúde, saúde do idoso, há, na literatura internacional, evidências de boa qualidade de que essas redes podem aprimorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e diminuir os custos dos sistemas de atenção à saúde (BARNABEI *et al.*, 1998; LLEWELLYN *et al.*, 1999).

Foram realizados 8.333 encaminhamentos para as diferentes especialidades odontológicas, destes 9,63% corresponderam à população idosa. O DS Centro foi o que mais encaminhou idosos, perfazendo 26,28% do total, e o DS Leste o que menos encaminhou, com 12,20%. A radiologia foi a especialidade com maior número de encaminhamentos, seguidos pela endodontia, e isto também foi evidenciado para a população idosa. Pode-se explicar o destaque da radiologia por ser uma especialidade de apoio diagnóstico e terapêutico, que fornece informações do complexo maxilomandibular necessárias ao sucesso do tratamento nas diversas áreas da odontologia; bem como para os realizados na atenção básica. A cirurgia bucomaxilofacial foi a especialidade com menor percentual de idosos encaminhados (5,26%) enquanto a prótese dentária foi a especialidade com maior percentual (42,14%) (Tabela 3). Este serviço de reabilitação foi implantando em 2012, o que pode explicar o grande número de encaminhamentos, devido à demanda reprimida nesta população.

Tabela 2: Distribuição e percentual dos encaminhamentos para especialidades odontológicas realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

Distrito Sanitário	População	Especialidade Odontológica de encaminhamento							
		Radiologia	Cirurgia Bucomaxilo	Endodontia	Estomatologia	Pacientes Especiais	Periodontia	Prótese	Total
Centro	Total	1263	90	387	32	12	183	61	2028
	Idosos	111 (8,8%)	7 (7,8%)	25 (6,5%)	5 (15,6%)	2 (16,7%)	17 (9,3%)	23 (37,7%)	190 (9,4%)
Continente	Total	235	151	363	27	30	240	24	1070
	Idosos	30 (12,8%)	10 (6,6%)	44 (12,1%)	7 (25,9%)	9 (30,0%)	29 (12,1%)	18 (75,0%)	147 (13,7%)
Leste	Total	358	172	477	39	38	225	68	1377
	Idosos	23 (6,4%)	2 (1,2%)	18 (3,8%)	12 (30,8%)	7 (18,4%)	16 (7,1%)	13 (19,1%)	91 (6,6%)
Norte	Total	236	148	417	34	15	187	80	1117
	Idosos	22 (9,3%)	11 (7,4%)	33 (7,9%)	13 (38,2%)	2 (13,3%)	38 (20,3%)	47 (58,8%)	166 (14,9%)
Sul	Total	853	105	522	36	25	136	47	1724
	Idosos	71 (8,3%)	5 (4,8%)	31 (5,9%)	12 (33,3%)	6 (24,0%)	19 (14,0%)	17 (36,2%)	161 (9,3%)
Total		2945	666	2166	168	120	971	280	7316
Total de Idosos		257 (8,7%)	35 (5,3%)	151 (7,0%)	49 (29,2%)	26 (21,7%)	119 (12,3%)	118 (42,1%)	755 (10,3%)

O Centro de Saúde (CS) Agrônoma do Distrito Sanitário (DS) Centro foi o que mais encaminhou idosos para a especialidade Radiologia, totalizando 42 encaminhamentos no decorrer do ano de 2012. Quanto à especialidade Endodontia, o CS que mais encaminhou foi o Estreito do DS Continente, com o total de 13 encaminhamentos. Cabe ressaltar que o dado do CS Estreito encontra-se subestimado, uma vez que esta Unidade Básica de Saúde passou por um período de reformas, não registrando atendimentos nos meses de janeiro a maio de 2012. Durante este período os usuários do CS Estreito foram atendidos no CS Colônia.

Em se tratando da especialidade Prótese Dentária, o DS Norte destacou-se dos demais ao encaminhar o maior número de idosos (47), sendo o CS Rio Vermelho deste mesmo distrito o que encaminhou mais idosos para esta especialidade. Para a prevenção deste agravo em saúde bucal (edentulismo) deve-se buscar a prevenção das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal), bem como oferecer procedimentos reabilitadores que preservem os elementos dentais, por meio da organização de uma rede de cuidados em saúde bucal, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (SILVA M. S., 2010).

As debilidades sócio-econômicas são uma explicação para o fenômeno tão comum do edentulismo nessa população (COLUSSI *et al.*, 2002). Embora alguns desses indivíduos idosos recebam reabilitação

protética, muitas vezes, não são orientados corretamente quando ao seu uso e necessidade de troca, o que resulta em prejuízos funcionais (SILVA *et.al.*, 2000).

Cabe ressaltar ainda que as iniquidades sociais interferem não somente na saúde bucal, como na saúde geral das populações, fazendo com que indivíduos que residem em áreas com grandes diferenças de renda apresentem piores condições bucais em relação àqueles com situação socioeconômica semelhante, mas que vivem em regiões com menor disparidade econômica. Desta forma, populações com rendas semelhantes apresentam prevalência diferenciadas de perdas dentárias, sendo essas maiores quando em regiões mais pobres e menores em regiões mais ricas (SANDERS *et. al.*, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde, um país que deseja modificar seu panorama de saúde deve iniciar as ações tendo em vista a diminuição das iniquidades sociais. No caso específico da saúde bucal, a desigualdade socioeconômica é fator de risco para a maioria dos agravos bucais e para os indicadores de acesso e utilização de serviços odontológicos tanto em nível ecológico como individual (BARROS *et. al.*, 2002) (FERNANDES *et. al.*, 2005).

A resolubilidade dos serviços de atenção à saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário (TURRINI R. N. T. *et al.*, 2008). Neste contexto, destaca-se aqui a resolubilidade da atenção básica, o qual pode ser avaliada quanto a capacidade de atender à sua demanda e encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado. A literatura considera que o nível de resolutividade da atenção básica esteja perto dos 80% dos casos, sendo admitido encaminhamento de apenas 20% da demanda (TAKEDA S., 2004; STARFIELD B., 1994).

Neste estudo, para a população em geral foi constatado que aproximadamente 22% dos atendimentos (consultas) da atenção primária foram referenciadas a especialistas; dado que, portanto, vai ao encontro do que se espera da atuação em atenção básica à saúde. Entretanto, ao calcular o percentual de idosos encaminhados pela atenção básica a especialistas obteve-se um expressivo percentual de cerca de 39%. Esta elevada porcentagem de encaminhamentos de idosos para as especialidades odontológicas revelam que a Atenção Básica é menos resolutiva para os idosos.

Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que os idosos geralmente experimentam altos níveis de perda dentária, cárie, doença periodontal, xerostomia e câncer bucal (PETERSEN *et al.*, 2005) (MATOS *et al.*, 2007) (MARTINS *et al.*, 2008). No Brasil, os indicadores de saúde bucal para esta população são críticos. De acordo com a análise dos dados do levantamento nacional de saúde bucal em 2003, cada idoso com idade entre 65 e 74 anos, já havia perdido quase 26 dentes e mais da metade dessa população necessitava de algum tipo de prótese (BRASIL, 2003). Ademais, os resultados do Projeto SB Brasil 2010 apontam que mais de 3 milhões de idosos necessitam de prótese total (nas duas arcadas dentárias), e que outros 4 milhões precisam usar prótese parcial (em uma das arcadas).

Em 2002, a assistência pública odontológica no Brasil ficou quase que exclusivamente restrita aos serviços de Atenção Primária, com grande demanda reprimida, onde os serviços especializados

corresponderam a não mais do que 3,5% dos procedimentos odontológicos. A reduzida capacidade de oferta de serviços de Atenção Secundária e Terciária prejudicava a consolidação de adequados sistemas de referência e contra-referência. Com o passar dos anos o crescimento no setor odontológico da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços na Atenção Primária. Portanto, fizeram-se necessários investimentos que aumentassem o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Dessa forma, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), que são unidades de referência para a Atenção Primária em Saúde e ofertam, entre outros serviços, a prótese dentária (BRASIL, 2006d).

Outro aspecto importante a se considerar foi a criação na área odontológica de políticas públicas de saúde direcionadas a população idosa. No Brasil, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2006d) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006e), ficaram assegurados de forma mais elaborada os aspectos relacionados à saúde para a população idosa antes já normatizados nos principais documentos reguladores como a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990a) (BRASIL, 1990b) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b).

O envelhecimento da população desafia a capacidade de produzir políticas de saúde que tragam respostas às necessidades das pessoas idosas. Com o intuito de ampliar o conceito de envelhecimento saudável, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa (WHO, 2005). Dessa maneira, entendendo a grandeza do desafio a ser enfrentado, o Ministério da Saúde do Brasil através da Política Nacional de Saúde Bucal, vem atuando no aumento dos atendimentos e na melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, através da melhora no acesso e oferta de serviços odontológicos à população.

Em relação às visitas domiciliares (VD) realizadas durante o ano de 2012 no município de Florianópolis, os resultados apontam que do total de VD realizadas, expressivos 51,17% foram feitos em idosos. O percentual de VD realizadas em idosos foi maior no DS Continente, totalizando 56,54%, e menor no DS Centro, com 46,47% (Tabela 4).

Através desta análise descritiva consegue-se estimar o número de pessoas que demandam por este tipo de assistência, além de que a faixa etária idosa representa uma grande demanda de VD do município de Florianópolis.

Constatou-se ainda que dentro do DS Continente, o Centro de Saúde (CS) que mais realizou VD em idosos foi o CS Coloninha, totalizando 5,82% das VD realizados no Município de Florianópolis. Houve CS que não registrou nenhuma VD durante o ano de 2012 como o CS Costa da Lagoa (DS Leste), CS Ratonas e CS Vargem Pequena (DS Norte). Sabe-se que o CS Costa da Lagoa somente registrou o mês de dezembro durante o ano de 2012, em virtude da não informatização do CS até aquele momento.

Tabela 3: Distribuição e percentual de visitas domiciliares (VD) realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

Distrito Sanitário	População total	Total de VD realizados	Percentual de VD realizadas	Proporção entre VD realizadas e a população total	População idosa	Total de VD realizados em idosos	Percentual dos VD realizados em idosos	Proporção entre VD realizados em idosos e total de idosos	Percentual dos VD realizados em idosos em relação ao total de VD realizados
Centro	86.583	1571	25,27%	0,018	13.084	730	22,95%	0,056	46,47%
Continente	94.127	1498	24,10%	0,016	12.834	847	26,63%	0,066	56,54%
Leste	72.349	903	14,53%	0,012	6.879	433	13,61%	0,063	47,95%
Norte	91.980	777	12,50%	0,008	8.809	427	13,42%	0,048	54,95%
Sul	88.119	1.467	23,60%	0,017	8.129	744	23,39%	0,092	50,72%
Total geral	433.158	6.216	100%	0,014	49.735	3.181	100,00%	0,065	51,17%

Em se tratando da média de VD/mês realizadas aos idosos, o DS Continente apresentou uma média mensal aproximada de 70 VD, seguido do DS Sul com uma média de 62 VD a idosos por mês. O DS Norte obteve a menor média mensal de VD realizadas a idosos com 35 VD por mês.

A proporção média de VD realizados por habitante foi 0,014. O DS Centro foi o que apresentou a maior proporção VD/habitante com 0,018, a menor foi o DS Norte com 0,008. Considerando apenas a população idosa, a proporção média de VD realizados por habitante atingiu 0,065. O DS Sul apresentou a maior proporção VD/habitante idoso, com 0,092 e o DS Norte a menor, com 0,048. Ao se comparar a proporção de VD realizados na população em geral e idosa observou-se que foram realizadas cerca de 4 vezes mais VD na população idosa florianopolitana do que na população geral.

Em relação à distribuição das visitas domiciliares realizadas em idosos, o DS Continente foi o que mais se destacou sendo realizadas 27% das VD a idosos do município de Florianópolis. Novamente aqui, o aspecto sócio-econômico pode ter sido fator determinante para este fato. Os DS Centro e Sul ficaram logo abaixo do DS Continente com os mesmos 23% de VD a idosos cada. Já os DS Leste e Norte obtiveram os menores percentuais de visitas a idosos (Gráfico 2). Cabe ressaltar aqui que o DS Centro apesar de apresentar o maior número de pessoas idosas não obteve o maior número de VD a idosos. Razão para isso poderia ser a questão sócio econômica da população idosa, bem como o diferente modo de morar destes dois distritos, apresentando o DS Centro uma prevalência de prédios e perfil vertical das moradias, havendo portanto até uma certa dificuldade de acesso à residência destes idosos.

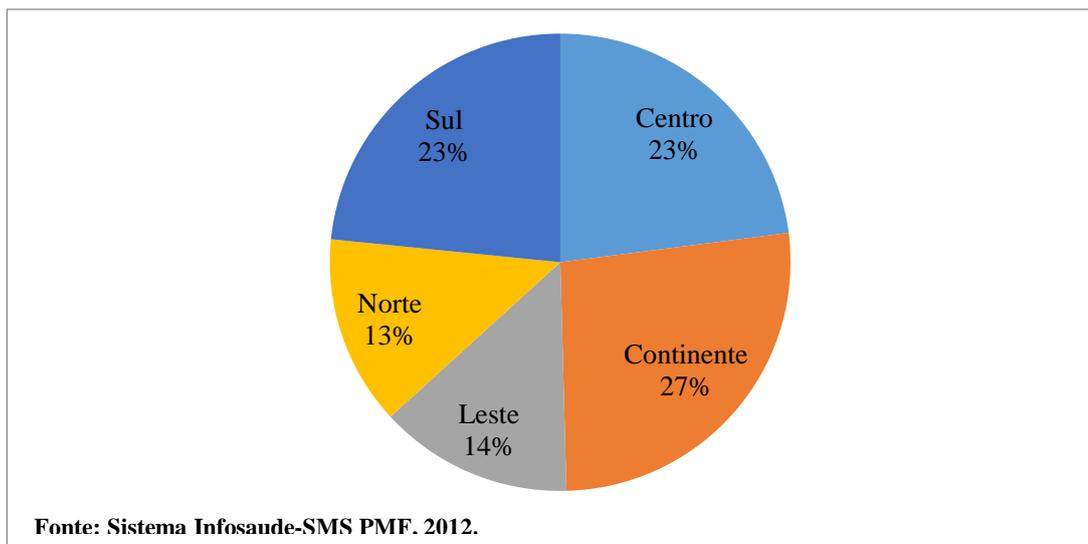


Gráfico 2: Percentual das visitas domiciliares (VD) realizadas a idosos em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

Cabe ressaltar que para a obtenção do número total de VD realizadas por CS e DS no Município de Florianópolis foram considerados e somados os seguintes procedimentos: Consulta/Atendimento Domiciliar, Visita Domiciliar realizada por Profissional de Nível Superior, e Visita Domiciliar realizada por Profissional do NASF Não Contemplado no SIGTAP. Ou seja, este estudo conseguiu apurar o total de visitas domiciliares realizadas em Florianópolis, não se distinguindo as realizadas apenas pela ESB.

A assistência prestada por meio da visita domiciliar constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos, principalmente de idosos semi-dependentes e dependentes. São considerados prioritárias as visitas domiciliares aos idosos nas seguintes situações: acamado com dificuldade de deambulação, com doenças crônicas degenerativas, sem adesão ao tratamento, sem cuidador (ROCHA *et al.*, 2013).

A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado necessária no Brasil desde a década de 1990 com a efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da ESF, na última década (SANTOS *et al.*, 2008).

Em conformidade com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e instaura diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é de concessão comum a todos os profissionais da ESF realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no contexto da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL, 2006f).

Para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Consolida o rompimento do modelo predominante, centrado na doença, no qual prevalece uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário (ROCHA *et al.*, 2013).

Algumas situações de risco específicas na saúde do idoso merecem ser consideradas nas visitas domiciliares pela equipe, a fim de assegurar a atenção integral ao indivíduo e sua família, entre elas estão isolamento social, o idoso que reside com mais de três gerações da família, analfabetismo, desnutrição, dificuldade para o autocuidado, atraso vacinal e sinais de depressão. Esta avaliação do risco familiar pela ESF define a periodicidade das visitas domiciliares (CUNHA *et al.*, 2012).

Entre as funções do Cirurgião Dentista da ESB nas visitas domiciliares realizadas a idosos estão a de realizar o diagnóstico e o tratamento de alterações bucais; orientar higiene oral e cuidado com próteses ao doente e/ou cuidador; estabelecer rede de participação ativa com a família; coordenação do cuidado; registrar os atendimentos e trabalhar em conjunto com a ESF (CORREIA *et al.*, 2012).

Os CS, atualmente, não estão mais sendo procurados pelos idosos somente para consultas médicas. O idoso ao procurar a UBS vai a consultas médicas, realiza inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta exames laboratoriais, faz tratamento odontológico, recebe encaminhamentos para especialidades e o fornecimento de medicação básica. Dessa forma, a atenção primária à saúde (APS) atua como o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (BRASIL, 2010c).

Na grande maioria dos CS do Município de Florianópolis existem grupos operativos voltados para os idosos, onde os mesmos podem trocar experiências, receber informações sobre cuidados de saúde, realizar caminhadas, fazer amizades, e participar de confraternizações. Estes grupos são voltados para a Promoção da Saúde e devem se configurar, como espaços onde os indivíduos possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções em conjunto com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica ao dia a dia das pessoas que adoecem. Valla (1999) diz que:

um envolvimento comunitário, pode ser um fator psicossocial significativo na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença. (VALLA, 1999, p.10).

Sabe-se que a ESF apresenta grande importância para as atividades de motivação e de promoção social dos idosos. Dessa maneira, deve-se proporcionar ao idoso a possibilidade de desenvolver seus talentos, por meio de ações culturais, criando condições de inclusão social desses cidadãos, e possibilidade de resgate da autoestima, autoconfiança e maior controle sobre suas ações.

Shinkai *et al.* (2000) afirma que a orientação básica da população e a informação constituem os meios mais eficazes para melhorar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal. Trata-se de retirar do idoso o estigma de naturalmente doente, idéia que a própria população da terceira idade 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 necessárias para a reivindicação de medidas específicas e sua aceitação. Particularmente em relação à saúde bucal em idosos, esse aspecto é fundamental para que os indivíduos e seus familiares e/ou cuidadores mantenham a motivação para o autocuidado e o seguimento de prescrições profissionais.

No presente estudo, infere-se que do total de grupos realizados no município de Florianópolis durante o ano de 2012, apenas 7,45% corresponderam a grupos operativos de idosos. Observou-se ainda que 11,34% do total de participantes de grupos operativos foram da faixa etária idosa. O percentual de grupos de idosos realizados foi maior no DS Leste, perfazendo 13,30%, e menor no DS Centro, com 2,48%. Quanto à participação dos idosos em grupos, o DS Leste foi o que obteve maior número de participantes com 25,65%, e o DS Centro o que apresentou menor participação de idosos (Tabelas 5 e 6).

Tabela 4: Distribuição e percentual de grupos operativos realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

Distrito Sanitário	População total	Total de grupos realizados	Percentual de grupos realizados	Proporção entre grupos realizados e a população total	População idosa	Total de grupos de idosos realizados	Percentual dos grupos de idosos realizados	Proporção entre grupos de idosos realizados e total de idosos	Percentual de grupos de idosos realizados em relação ao total de grupos realizados
Centro	86.583	3996	23,11%	0,046	13.084	99	7,69%	0,008	2,48%
Continente	94.127	2687	15,54%	0,029	12.834	180	13,98%	0,014	6,70%
Leste	72.349	4.533	26,22%	0,063	6.879	603	46,82%	0,088	13,30%
Norte	91.980	2.738	15,84%	0,030	8.809	112	8,70%	0,013	4,09%
Sul	88.119	3.334	19,29%	0,038	8.129	294	22,83%	0,036	8,82%
Total geral	433.158	17.288	100,00%	0,041	49.735	1.288	100,00%	0,032	7,45%

No que concerne a distribuição dos grupos operativos realizados em idosos, o DS Leste foi o que mais se destacou tendo realizado 47% dos grupos para a faixa etária idosa do município de Florianópolis. (Gráfico 3). Após análise dos dados, constatou-se que o Centro de Saúde que apresentou o maior número de grupos operativos (16,23%) e a maior participação de idosos em grupos (15,74%) do município de Florianópolis foi o CS Córrego Grande, do DS Leste. Em contrapartida, houve também muitos CS que não registraram nenhuma atividade de grupo com participação de idosos durante o ano de 2012, a exemplo dos CS Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico, Ratores, Vargem Pequena, Rio Vermelho, Caieira da Barra do Sul, Campeche, Morro das Pedras, Pântano do Sul e Ribeirão da Ilha.

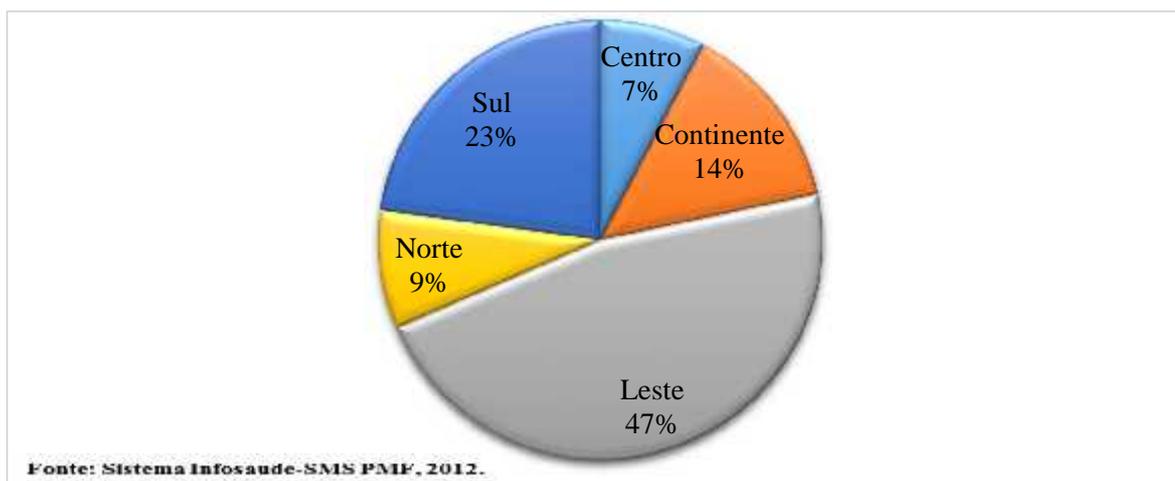


Gráfico 3: Distribuição de grupos operativos realizados com idosos em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

A proporção média de grupos realizados foi 4 a cada 100 habitantes. O DS Leste apresentou a maior proporção com 6 grupos a cada 100 habitantes, e a menor ficou com o DS Norte com 3 grupos por 100 habitantes. Considerando apenas a população idosa, a proporção média de grupos realizados com idosos foi a de 3 a cada 100 habitantes. Novamente, o DS Leste apresentou a maior média de grupos de idosos com 8 por 100 habitantes; enquanto que o DS Centro obteve a menor proporção com menos de 1 grupo por 100 habitantes (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição e percentual do número de participantes de grupos operativos realizados em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

Distrito Sanitário	População total	Total de participantes de grupo	Percentual de participantes de grupo	Proporção entre participantes de grupo e a população total	População idosa	Total de idosos participantes de grupo	Percentual de idosos participantes de grupo	Proporção entre idosos participantes de grupo e o total de idosos	Percentual dos idosos participantes de grupo em relação ao total de participantes de grupo
Centro	86.583	22648	16,57%	0,262	13.084	985	6,35%	0,075	4,35%
Continente	94.127	23041	16,86%	0,245	12.834	1.866	12,03%	0,145	8,10%
Leste	72.349	29.460	21,55%	0,407	6.879	7.557	48,74%	1,099	25,65%
Norte	91.980	35.580	26,03%	0,387	8.809	1.567	10,11%	0,178	4,40%
Sul	88.119	25.960	18,99%	0,295	8.129	3.531	22,77%	0,434	13,60%
Total geral	433.158	136.689	100,00%	0,319	49.735	15.506	100,00%	0,386	11,34%

Em se tratando da proporção de participantes de grupo por habitante, a média ficou em 0,319. Ao se avaliar somente a população idosa, a proporção de participação em grupos foi pouco maior perdurando em

0,386. Uma notável média foi atribuída ao DS Leste onde a participação de idosos em grupos operativos foi quase 3 vezes maior que a média de participação municipal (Tabela 6). O programa de exercícios Floripa Ativa que funciona desde 2006 junto aos CS do município de Florianópolis e atende cerca de cinco mil idosos que apresentam comorbidades leves e moderadas deve ter sua parcela de ajuda no estímulo da participação de idosos em grupo. A atividade é desenvolvida por meio de uma parceria entre a UFSC, Udesc e Prefeitura Municipal de Florianópolis.

No que diz respeito a distribuição dos idosos participantes de grupos operativos do município de Florianópolis, o DS Leste novamente se destacou neste quesito abrangendo quase metade da participação dos idosos. (Gráfico 4)

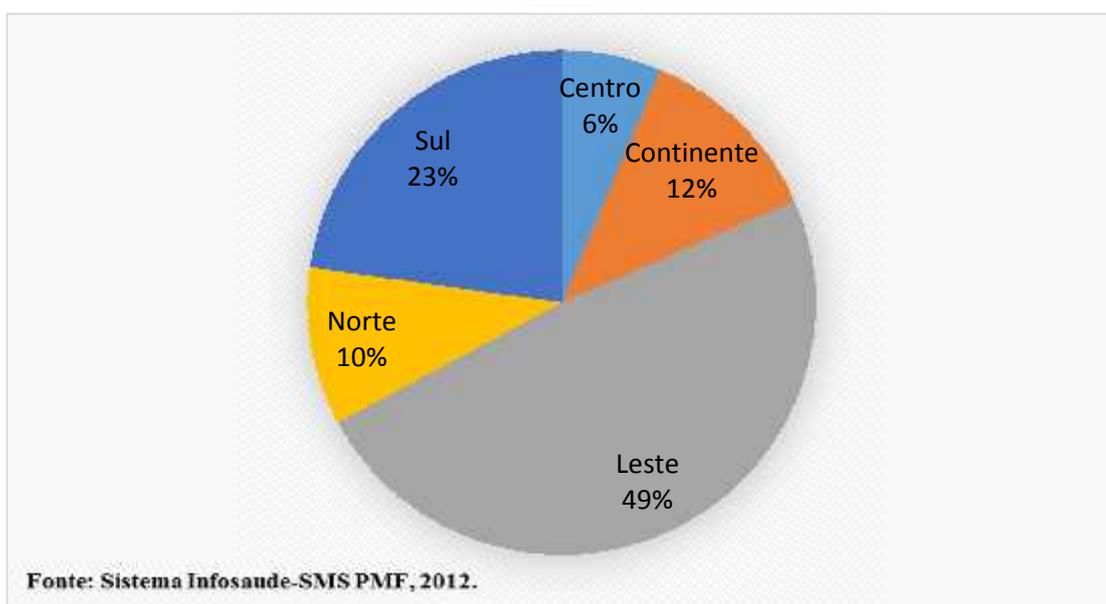


Gráfico 4: Percentual dos idosos participantes de grupo em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

Considerando a distribuição dos PO, VD e número de grupos de idosos, destacaram-se os DS Continente apresentando 0,29 PO/ idoso; o DS Sul realizando 0,09 VD/ idoso do distrito; e o DS Leste com 0,09 grupos de idosos/ idoso (Gráfico 5).

Existem indicadores de saúde utilizados como instrumento de mensuração para o gerenciamento, avaliação e planejamento das ações em saúde. Um indicador que avalia as VD é a média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada, que verifica a produção de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde às famílias da área adscrita, analisando sua suficiência em relação ao esperado (PMAQ, 2012).

A frequência com que o serviço de saúde se faz presente na residência das pessoas, embora não parametrizada em termos ideais, está relacionada à incorporação de hábitos saudáveis e indica tendência de

mudança de modelo assistencial num enfoque de promoção da saúde. Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

Em relação aos PO tem-se um importante indicador em saúde bucal a proporção de exodontias em relação aos procedimentos (FERNANDES *et al.*, 2005). Do total de PO realizados em idosos no município de Florianópolis, ou seja, 10528 realizados em idosos durante o ano de 2012, 825 foram exodontias de dente permanente, correspondendo a 7,83%. Ao se comparar com a população não idosa observou-se um total de 2,72% de exodontias em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados nesta mesma faixa etária. Sabe-se que quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. O maior percentual de exodontias na população idosa pode sugerir que a situação bucal do idoso encontra-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo; frutos do antigo modelo de atenção odontológica curativista, em que se prevaleciam as extrações em série e serviços de urgência (MOREIRA *et al.*, 2005). Vários estudos ainda associam o edentulismo a indivíduos de idade avançada (FERREIRA R. C. *et al.*, 2008; TAIWO J. O. *et al.*, 2006), podendo a perda dentária, com o envelhecimento, representar o efeito cumulativo das doenças orais.

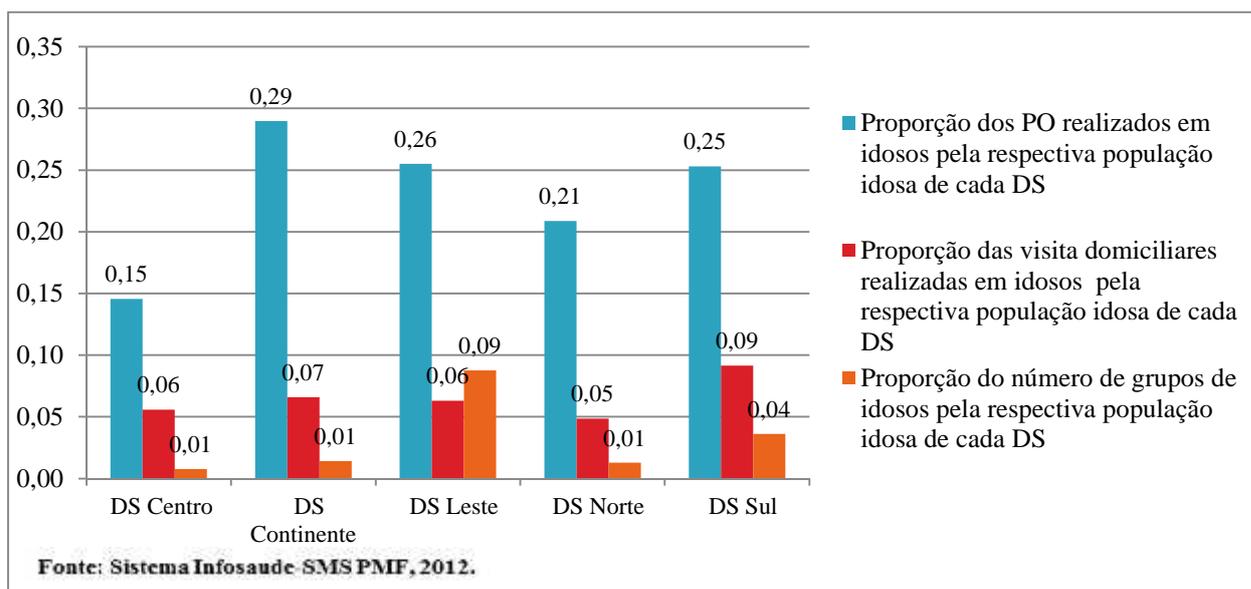


Gráfico 5: Distribuição dos procedimentos odontológicos (PO), visitas domiciliares (VD) e números de grupos de idosos, pela população idosa residente em 2012 no município de Florianópolis, por Distrito Sanitário.

A avaliação em saúde, no Brasil, não é tida como rotina, porém é ela que fornece subsídios e confere suporte ao planejamento e a tomada de decisões do Sistema de Saúde. A partir daí, cabe ressaltar o valor da recuperação e análise destas informações no intuito de utilizá-las como ferramentas de gestão e organização dos serviços de saúde municipais, promovendo assim a melhora da atenção e propiciando ao usuário um atendimento de qualidade.

6. CONCLUSÃO

O estudo aponta que uma pequena porcentagem dos atendimentos odontológicos realizados pelos serviços públicos de saúde em Florianópolis, Brasil, é orientada aos idosos. Dentre os procedimentos realizados neste grupo populacional, proporcionalmente, se destacam a raspagem supragengival e as restaurações de dentes anteriores e posteriores. A razão entre Tratamentos Completados e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas apresentou valores baixos tanto para a população geral quanto para a idosa. Os encaminhamentos para nível secundário concentram-se nas especialidades de radiologia, endodontia e prótese dentária.

Constatou-se que pouco mais da metade das visitas domiciliares realizadas foram feitas em idosos. Em se tratando dos grupos operativos, observou-se que apenas 7,45% foram voltados aos idosos, e que 11,34% do total de participantes de grupos foram da faixa etária idosa.

Há que se mencionar ainda que houveram problemas de registro tais como a impossibilidade do sistema INFOSAÚDE permitir a opção de escolha dos idosos que fossem diabéticos e/ou hipertensos. Uma característica foi excludente da outra, ou seja, fazia-se o levantamento dos dados dos indivíduos idosos; ou daqueles que possuíam a enfermidade diabetes e/ou hipertensão. Para que não mais ocorra este subregistro de informações poder-se-ia criar um sistema de informação no qual se fizessem os registros dos PO, VD, grupos, e encaminhamentos por idade. Isso traria maior confiabilidade e segurança para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

Os dados produzidos por este estudo contribuem para a elaboração do diagnóstico situacional das ações e serviços de saúde bucal oferecidos aos idosos no município. A expectativa é que haja maior resolubilidade da assistência e inclusão do idoso na rede de serviços de saúde bucal, tanto na rede básica como na média e alta complexidade. Além disso, contribui para a geração de conhecimento sistematizado orientado à saúde bucal dos idosos, capazes de melhorar o acesso às ações e serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde brasileiro.

7. REFERÊNCIAS

ANTCZAK A.A., BRANCH L.G. *Perceived barriers to the use of dental services by the elderly.* *Gerodontology* 1985; 1:194-8.

BALDANI M.H. *et al.* *Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda.* *Rev. bras. epidemiol.* 2010,13(1).

BARROS A.J.D., BERTOLDI D.A. *Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional.* *Cienc Saude Coletiva* 2002; 7(4):709-17.

BERNABER, R. *et al.* *Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community.* *British Medical Journal*, London, v. 316, p.23-27, 1998.

BRANDÃO, A. P. *Hipertensão arterial no idoso.* In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 46, p.459-473.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei no 8.080 *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. Lei no 8.142 *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.* Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais.* Brasília, 2003a.

BRASIL. *Estatuto do Idoso – Lei no 10741.* v. 2009. n. mar. Brasília 2003b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.* Brasília, janeiro de 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.* Série Pactos pela Saúde v.1. Brasília, 2006a. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional da atenção básica.* Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. *Cadernos de atenção básica. N.17.* Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.* In: SAÚDE, O. P. A. D. (Ed.). *Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.* Brasília, 2006d. p. 67.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.* In: SAÚDE, M. D. (Ed.). N. 2.528. Brasília, 2006e. p.19.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 648, de 28/3/2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006f. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em 26/04/2011.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. *Mais saúde: direito de todos 2008 – 2011*. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 100 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. *Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação*. Documento base. Brasília, novembro de 2008b. 54p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais*. Brasília, 2010a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria 4.279/GM*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010b; Seção 1:89.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2010c.

BRASIL. DATASUS. Sistema de Informação do SUS. *Sistema de Informação da Atenção Básica - PMA Complementar*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABOSC.def>. Acesso em 27 de julho de 2014.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA – *Principais agravos em saúde bucal – Edentulismo*. In: SAUDE, M. D. (Ed.). *Cadernos de Atenção Básica, n. 17*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Cap.3. p.92. (Normas e Manuais Técnicos).

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. *Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil*. Cad. Saúde Pública. v.5, p.1313-20, 2002.

CORREIA, A. D. M. S.; KANOMATA, M. *Visita domiciliar em Saúde Bucal: Aspectos de interesse para a Atenção Primária à Saúde*. Coordenadoria Estadual de Telessaúde Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. 2012.

CUNHA, C. L. F.; Gama, M. E. A. *A Visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde*. Acesso em: 09 set de 2014. Disponível em: http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_D_A_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf

DAVIDSON P.L., ANDERSEN R.M. *Determinants of dental care utilization for diverse ethnic and age groups*. Adv. Dent Res. 1997; 11(2): 254–62.

DOLAN T.A., COREY C.R., FREEMAN H.E. *Older Americans 'access to oral health care*. J Dent Educ. 1988; 52:637-42.

ETTINGER R.L. *et al. Oral health and the aging population*. The Journal of the American Dental Association. 2007, vol. 138, n.1 5S-6S

ETTINGER, R. L. *The unique oral health needs of an aging population*. Dental Clinics of North America, 1997. 41:633-649.

FERNANDES, L.S. e PERES, M. A. *Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais*. Rev. Saúde Pública. 2005, vol.39, n.6, pp. 930-936.

FERNANDES, M. T. O. *A rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária: um modelo teórico*. Tese de doutorado. UFMG. Belo Horizonte. 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-99PQ4Y>

FREITAS, E. V. *Diabetes Mellitus*. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 79, p. 776-786.

GONCALVES, L.H.T.; MELLO, A.L.S.F.; ZIMERMANN, K. *Validação de instrumento de avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados*. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 839-847, 2010

HABICHT J.P. et al. *Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact*. Int. J Epidemiol 1999; 28(1):10-8.

HAIKAL D.S.A. et al. *Uso de serviços odontológico por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008, 24(7):1651-1666.

HOLTZMAN J.M., BERKEY D.B., MANN J. *Predicting utilization of dental services by the aged*. J Public Health Dent 1990; 50:164-71.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico: sinopse dos resultados do Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 fev. 25]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>

KIYAK H.A. *Explaining patterns of dental service utilization among the elderly*. J Dent Educ. 1986; 50(11):679-87.

KIYAK H.A., REICHMUTH M. *Barriers to and Enablers of Older Adults' Use of Dental Services*. Journal of Dental Education, 2005. vol. 69, no. 9, p. 975-986.

KOSSIONI A.E. *Current status and trends in oral health in community dwelling older adults: a global perspective*. Oral Health Prev Dent. 2013; 11(4):331-40.

KÜNZEL, W. *Conceptual demands of oral health care for the elderly*. In: *Geriatric Dentistry in Eastern European Countries* (W. Künzel, ed.), pp. 11-33, 1991. Chicago: Quintessence.

LAVRAS, C. *Redes de atenção à saúde*. Disponível em: www.unicamp.com/saladeimprensa. Acesso em: 22 set 2014.

LLEWELLYN, J. R. H. et al. *Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial*. British Medical Association, London, n. 319, 1999.

MACHADO L.P. et al. *Regular use of dental services among adults and older adults in a vulnerable region in Southern Brazil*. Rev Saude Publica. 46(3):526-33. 2012.

MARTINS, J. J. et al. *Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerodontologia, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007.

- MARTINS A.M.E.B.L. *et al.* *Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008, 24(1):81-92.
- MARZIALE, M. H. P. *A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem*. Revista Latino - Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.701-702, nov.-dez. 2003.
- MATOS D.L., LIMA-COSTA, M.F. *Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003)*. Cad. Saúde Pública, 2007.vol.23, n.11, p. 2740-2748.
- MATOS D.L. *et al.* *Fatores sócio demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cad. Saúde Pública 2004; 20:1290-7.
- MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L. *Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos*. Physis, v.17, n.1, p.139-156, 2007.
- MINISTERIO DA SAUDE. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 2012*. Acesso em 12 set 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf
- MOREIRA, R.S. *et al.* *A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal*. Cad. Saúde Pública, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005.
- MOTTA, L. B. *et al.* *Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros*. Cad. Saúde Pública. 2011, vol.27, n.4, pp. 779-786.
- MOYSES, S.J. *et al.* *Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to healthy cities policies in Curitiba, Brazil*. Health Place, v.12, n.1, p.48-64, 2006.
- NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 148p.
- NARVAI, P.C. *et al.* *Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion*. Rev Panam Salud Publica, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.
- NEWMAN J.F., Gift H.C. *Regular pattern of preventive dental services—a measure of access*. Soc. Sci Med. 1992;35(38):997–1001.
- PAHO. *Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde*. [Internet]. 2012. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid. Acesso em: 01 out 2014.
- PASKULIN L.M.G. *et al.* *Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil)*. Ciência & Saúde Coletiva. 2011, 16(6):2935-2944.
- PETERSEN, P.E. *et al.* *The global burden of oral diseases and risks to oral health*. Bull World Health Organ, v.83, n.9, p.661-669, 2005.
- PETERSEN P.E. *et al.* *Global oral health of older people-call for public health action*. Community dental health, 2010; 27(4):257-68.

PETERSEN, P. E.; YAMAMOTO, T. *Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Community Dent Oral Epidemiol [S.I.], v.33, n.2, p. 81-92, Apr 2005.

[PICCINI, R.X.](#) et al. *Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde*. Ciênc. saúde coletiva. 2006, vol.11, n.3, p. 657-667.

PILGER C. et al. *Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade*. Rev. Esc. Enferm USP. 2013; 47(1):213-20.

ROCHA D. A., MIRANDA, A. F. *Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura*. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2013, vol.16, n.1, pp. 181-189.

RODRIGUES M.A.P. et al. *Uso de serviços básicos de saúde por idosos*. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(4):604-12.

RUTKAUSKAS, J. S. *The Dental Clinics of North America. Clinical Decision-Making in Geriatric Dentistry*. 1997. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

SANDERS A.E., TURREL G., SLADE G.D. *Affluent neighborhoods reduce excess risk of tooth loss among the poor* 2008. J Dent Res 2008; 87(10):969-73

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. *A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.

SHELLEY, D. et al. *Ethnic Disparities in Self-Reported Oral Health Status and Access to Care among Older Adults in NYC* Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2011, vol. 88, n. 4 The New York Academy of Medicine.

SHINKAI, R. S. A. e DEL BEL CURY, A. A. *O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso*. Cad. Saúde Pública. 2000, vol.16, n.4, pp. 1099-1109.

SILVA S.R., VALSECKI-JUNIOR A. *Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro*. Rev Panam Salud Publica 2000; 8(4): 268-71

SILVA, M. S. *Condição de saúde bucal dos idosos usuários do serviço odontológico da unidade Veredas do município de Ribeirão da Neves – MG*. Trabalho de Conclusão de Curso para a especialidade Atenção Básica em Saúde da Família. 2010.

SILVA, S.F. *Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)*. Ciênc. saúde coletiva. 2011, v.16, n.6, p. 2753-2762.

SIMOES, A.C.A.; CARVALHO, DM. *A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro*. Ciênc. saúde coletiva, v.16, n.6, p. 2975-2982, 2011.

STARFIELD B. *Is primary care essential?* Lancet 1994; 344:1129-1133.

STRAYER M.S. et al. *Predictors of dental use or low-income, urban elderly persons upon removal of financial barriers*. Gerontologist. 1997; 37:110-6.

TAKEDA S. *Organização de serviços de atenção primária à saúde. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

TELLES, J. L. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Entrevista. 2012. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em: 05 out 2014.

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. vol.20, n.2, p.190-198.

TURRINI, R. N. T. *et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário*. Cad. Saúde Pública. 2008, vol.24, n.3, pp. 663-674. ISSN 0102-311X.

VALLA, V. V. *Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização*. In: Cadernos de Saúde Pública: Educação em Saúde: Novas perspectivas. Rio de Janeiro, 15: 7-14, 1999.

WATANABE, H. A. W. *et al. Rede de atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

WATT, R. *From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities*. Community Dent Oral Epidemiol, v.35, n.1, p.1-11, 2007.

WHO. *Active ageing: a policy framework*. In: ORGANIZATION, W. H. (Ed.) *WHO 7 NMH 7 NPH 7*. Geneva: WHO, 2005. p. 60.

APENDICE A – Artigos analisados segundo o autor, o ano de publicação, título, periódico, número, tipo de estudo, objetivos, o local, a população e os resultados do estudo.

Ano	Autor	Título	Periódico	Tipo de estudo	Objetivos	Local	População	Resultados/ Conclusões
2004	TRAVESSOS e MARTINS	Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde	Cad. Saúde Pública	Revisão de Literatura	Rever conceitos de acesso e de utilização de serviços de saúde, identificando pontos de distinção e articulação existentes entre ambos.	-----	-----	A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Apesar das divergências, predomina a visão de que o acesso relaciona-se a características da oferta de serviços.
2005	HOLM-PETERSEN <i>et al.</i>	Dental Care for Aging Populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom and Germany	J Dent Educ.	Transversal	Comparativo entre acesso ao financiamento de tratamento de saúde entre os vários países da Europa.	Europa	Idosa europeia	Em geral, quanto mais dentes o idoso possui, mais frequentes as visitas ao dentista. Embora, a frequência ao dentista não reflita diretamente na saúde oral do paciente.
2005	DORLAN, ATCHISON e HUYNH	Access to Dental Care Among Older Adults in the United States	J Dent Educ.	Exploratório	Identificar barreiras no acesso ao tratamento dentário da população dos EUA.	Estados Unidos	Idosa Norte Americana	Muitos idosos têm mantido por mais tempo os dentes naturais, porém existe ainda uma parcela de serviços de tratamento não satisfeita principalmente por indivíduos com posição

								socioeconômica menos favorecida. Asilos e hospitais de tratamentos contínuos têm apresentado limitada capacidade para atender a demanda dos idosos.
2005	KIYAK e REICHMUTH	Barriers to and Enablers of Older Adults' Use of Dental Services	J Dent Educ.	Transversal	Relaciona eventos/dados sociais e econômicos ocorridos nos Estados Unidos com o acesso ao tratamento dentário apontando formas de melhor atender aos idosos.	Estados Unidos	Estima para toda a população norte-americana através de dados coletados pelo National Health Interview Survey (NHIS) 1999.	Uma das formas de melhorar o acesso dos idosos ao serviço odontológico é promover a saúde bucal nas áreas menos favorecidas, valendo-se de clínicas comunitárias e pequenas clínicas hospitalares. Também poderia se fazer uso de unidades móveis de consultório odontológico.
2006	PICCINI <i>et al.</i>	Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde	Ciênc. saúde coletiva.	Transversal	Avaliar a efetividade na oferta de serviços básicos e sua utilização por idosos	41 municípios dos estados Alagoas, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Rio Grande	4749 trabalhadores de UBS e 4003 idosos.	Houve perda de efetividade na oferta e na utilização de serviços. O desempenho do PSF foi melhor quando comparado ao modelo tradicional.

						do Norte, Rio Grande do Sul, e Santa Catarina.		
2007	ETTINGER <i>et al.</i>	Oral health and the aging population	The Journal of the American Dental Association	Descritivo	Descrever o conceito de odontologia geriátrica através da capacidade da pessoa conseguir suprir suas necessidades de tratamento dentário por si mesma.	Estados Unidos.	Censo da População dos Estados Unidos de 2007.	A população idosa dos EUA tem aumentado bastante, requerendo cada vez tratamento mais complexos. Muitas vezes o dentista terá que tratar doenças causadas por efeitos colaterais advindo do tratamento de outras doenças.
2007	MATOS E LIMA-COSTA	Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: Um estudo baseado na <i>Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003)</i>	Cad. Saúde Pública	Transversal	Determinar a prevalência e os fatores associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros em 1998 e 2003	População brasileira através de dois estudos utilizando dados da PNAD (1998 e 2003)	28.943 e 35.040 idosos participantes da PNAD 1998 e 2003, respectivamente	Observam-se importantes desigualdades sociais associadas ao uso de serviços odontológicos por idosos, apontando para a necessidade premente de políticas que visem a redução dessas desigualdades

2008	MARTINS <i>et al.</i>	Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil	Cad. Saúde Pública	Exploratório	Investigar as características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos da Região Sudeste do Brasil.	Sudeste brasileiro	Idosos (dentados e edentados) da região Sudeste do Brasil	A análise mostrou diferenças entre dentados e edentados. O menor uso entre idosos que mais necessitam sugere iniquidade no acesso aos serviços odontológicos.
2008	HAIKAL <i>et al.</i>	Uso de serviços odontológico por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil	Cad. Saúde Pública	Exploratório	Investigar o uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros participantes do Projeto SB Brasil.	Brasil	Idosos brasileiros participantes do Projeto SB Brasil	Iniquidades, barreiras financeiras e falta de informações parecem prejudicar o uso rotineiro, indicando necessidade de políticas públicas.
2009	RODRIGUES <i>et al.</i>	Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil	Rev. Saúde Pública	Transversal	Avaliar a utilização de serviços de saúde entre idosos portadores de doenças crônicas.	41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil	2889 idosos com idade a partir de 65 anos portadores de condições crônicas.	As prevalências de consulta médica e de participação em grupos de atividades educativas foram baixas, quando comparadas com estudos anteriores realizados com idosos no Brasil.

2011	SHELLEY <i>et al.</i>	Ethnic Disparities in Self- Reported Oral Health Status and Access to Care among Older Adults in NYC	J Urban Health.	Exploratório	Identificar disparidades étnicas no acesso dos idosos ao tratamento dentário da população de Nova Iorque.	Estados Unidos, Nova Iorque.	Amostra de 1870 idosos de Nova Iorque.	A habilidade na língua tem valor importante no acesso ao tratamento dental para idosos estrangeiros na população de Nova Iorque.
2011	PASKULIN <i>et al.</i>	Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil)	Ciência & Saúde Coletiva,	Transversal	Descrever a utilização e o acesso geográfico de idosos a serviços de atenção básica.	Distrito Noroeste de Porto Alegre (RS).	292 idosos do Rio Grande do Sul	É necessário ampliar a cobertura àqueles que não conseguem acesso, bem como as estratégias de atenção para dar conta da heterogeneidade de demandas desse grupo etário.
2012	PILGER <i>et al.</i>	Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade	Rev. esc. enferm. USP	Transversal	Analisar o padrão de utilização dos serviços de saúde por idosos cadastrados nos serviços públicos de Guarapuava-PR.	Guarapuava (PR).	359 idosos cadastrados nos serviços públicos de Guarapuava-PR.	A população idosa é grande usuária dos serviços de saúde e a rede pública do município necessita se organizar frente a uma demanda crescente por procedimentos diagnósticos terapêuticos.

APÊNDICE B - Ofício à SMS – PMF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIA E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

A Ilma. Sra.

Marynês Reibnitz

Atenção Básica – Saúde Bucal

Secretaria Municipal da Saúde - SMS

Prefeitura Municipal de Florianópolis - PMF

Florianópolis, 10/06/2013

Prezada Sra. Marynês Reibnitz,

Vimos por meio deste, dar ciência e solicitar autorização da Coordenação de Saúde Bucal da SMS-PMF em relação à realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna graduanda Patrícia Guesser Corrêa Raitz, regularmente matriculada no Curso de Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina.

A pesquisa que fundamenta o TCC constituir-se-á em um estudo do tipo exploratório e analítico, de base quantitativa, cujo objetivo será analisar a organização das ações e serviços de saúde bucal orientados à população idosa, considerando a estruturação da Rede de Atenção à Saúde, no SUS. O projeto detalhado segue em anexo.

O estudo não envolverá coleta de dados primários, com pessoas ou informações de prontuários, mas trabalhará apenas as informações constantes nos bancos de dados secundários produzidos pelo serviço de saúde bucal do município de Florianópolis, tendo como fonte relatórios consolidados dos atendimentos odontológicos realizados nos Centros de Saúde, Policlínicas CEO e UPA. Os dados serão acessados via INFOSAÚDE, com apoio operacional da Coordenação do Centro de Saúde João Paulo (CD Dra. Renata Goulart Castro) que também participa do estudo.

Agradecemos desde já e aguardamos por retorno.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Mello', written in a cursive style.

Prof.ª Dr.ª Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

Professora Orientadora

Patrícia Guesser Corrêa Raitz

Graduanda do curso de Odontologia

Matrícula 09155042

