

Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil



Silvânia Suely Caribé de Araújo¹
Danielle Bianca de Lima Freire²
Dalva Maria Pereira Padilha³
Julio Baldisserotto⁴

ARAÚJO, S. S. C. ET AL. Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.203-16, jan/jun 2006.

The rising age of the world's population, even in Brazil, highlights the importance of taking measures to deal with the situation. In Brazil, most of the elderly are women living in multi-generation homes. Generally speaking, they are an economic reference within these homes, have a low socioeconomic level, suffer from at least one chronic disease, are independent in terms of carrying out their daily activities, are toothless, and look for healthcare at governmental SUS (Single Healthcare System) centers. The Brazilian elderly that are exposed to situations of social vulnerability are subject to the direct interference of social determinants in the health-illness process. Social Support includes social support networks and policies that act as integration agents for the elderly within society, minimizing the risks of social exclusion and consequently of impairment of health due to Health Promotion measures. This article discusses Social Support and some of its aspects, such as the type and place of residence, transportation and financial support for the Brazilian elderly and their relation with the Promotion of Health.

KEY WORDS: social support. elderly. health promotion. oral health.

O crescente envelhecimento da população mundial, inclusive no Brasil, ressalta a importância de medidas para se lidar com esta situação. No Brasil, a maioria dos idosos é do sexo feminino; vive em domicílios multigeracionais; é referência econômica nos mesmos; possui baixo nível socioeconômico; portadora de, pelo menos, uma doença crônica; independente para realização das atividades da vida diária; não possui dentes, e busca atenção em saúde no SUS. Os idosos brasileiros expostos a situações de vulnerabilidade social estão sujeitos à interferência direta dos determinantes sociais no processo saúde-doença. O Suporte Social inclui políticas e redes de apoio social, que atuam como agente de integração do idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social e, conseqüentemente, de danos à sua saúde por meio de medidas de Promoção de Saúde. Este artigo aborda o Suporte Social e alguns de seus aspectos, tais como: tipo e local de residência, transporte e suporte financeiro; em idosos brasileiros e sua relação com a Promoção de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: apoio social. idoso. promoção da saúde. saúde bucal.

¹ Professora, Disciplina de Dentística, Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia. <silvanciasuely@yahoo.com.br>

² Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, UFRGS. <danielleblf@yahoo.com.br>

³ Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, UFRGS; Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. <dalvapadilha@via-rs.net>

⁴ Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, UFRGS; gerente de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. <bjulio@ghc.com.br>

¹ Rua Edgar Reys Navarro, nº 376A, 204.
Santo Agostinho - Salvador, Ba
Brasil - 40.255-280

Introdução

A transição demográfica é um fenômeno mundial caracterizado, principalmente, pelo declínio da taxa de fecundidade, a diminuição da taxa de mortalidade nas idades avançadas e o aumento da expectativa de vida, tendo como consequência direta uma mudança na estrutura etária da população (envelhecimento). Este fenômeno já é observado há algum tempo nos países desenvolvidos, mas ocorre agora de um modo bastante acelerado nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, e, em menor proporção, nos subdesenvolvidos (Carvalho & Garcia, 2003; Higgs, 1997; Pereira, 1995).

Nas sociedades orientais, os idosos são considerados sábios e respeitados pelas gerações mais jovens (Goyaz, 2004). Nas sociedades ocidentais, o aumento do número de idosos na população tem sido acompanhado pelo estigma da dependência, o que acarreta uma visão preconceituosa em relação aos indivíduos mais velhos. Estes podem ser vistos por alguns segmentos da sociedade como um fardo social e econômico, não só pelo seu afastamento do mercado de trabalho, mas também pela própria prevalência aumentada de doenças crônico-degenerativas e pelo risco maior de incapacidades.

Com o processo do envelhecimento, surge o questionamento sobre o termo saúde, já que a maioria dos idosos é portadora de, pelo menos, uma doença crônica. O aspecto central no envelhecimento é a autonomia, sendo esta um determinante de vida saudável para o idoso. *"Envelhecimento saudável... passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica"* (Ramos, 2003, p.794). Os efeitos benéficos de uma rede de apoio social dependem, sobretudo, de sua capacidade de suprir vários recursos para o indivíduo; isto é, suporte social (Hanson et al., 1994).

O suporte social destina-se a integrar o idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social, seja por meio das redes de apoio social ou mediante a construção e viabilização de políticas públicas. Assim, o objetivo deste estudo é realizar uma revisão de literatura sobre o suporte social e seu impacto na organização e promoção da saúde em idosos no Brasil.

Idosos no Brasil

O número e as condições de vida dos idosos brasileiros variam bastante entre as regiões, Estados e municípios. Estas características são dependentes do nível de desenvolvimento socioeconômico local (Telarolli Júnior et al., 1996). Um inquérito domiciliar, realizado com 667 idosos na cidade de Fortaleza (CE), revelou que 66% eram do sexo feminino, 48,1% eram casados, 36,8% viúvos e 15,1% solteiros; enquanto 67,2% das mulheres viviam sem o cônjuge. A grande maioria dos idosos (75,3%) vivia em domicílio multigeracional, e apenas 6,3% moravam sozinhos. Idosos com melhor nível socioeconômico têm uma propensão maior para morar em domicílios unigeracionais ou sozinhos, além de possuírem um maior grau de independência (Coelho Filho & Ramos, 1999).

Um estudo baseado em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de



Domicílios (PNAD) de 1998 delineou o perfil do idoso brasileiro. A renda média foi de R\$ 332,56 ($\pm 30,75$), e 64% dos idosos eram referência no domicílio; o menor nível de renda foi mais freqüente entre as mulheres, os maiores de 75 anos, aqueles com menor escolaridade e os que moravam sozinhos, apesar de este dado ser contraditório em relação ao estudo acima citado. Apenas 22,8% dos idosos relataram que sua saúde era boa ou muito boa, mas somente 15% afirmaram que deixaram de realizar atividades cotidianas nas últimas duas semanas por motivo de saúde. A maior parte dos idosos referiu ter pelo menos uma doença crônica, ser independente para a realização das atividades da vida diária, ter realizado mais de três consultas médicas nos últimos 12 meses e consulta odontológica há mais de três anos. Dos idosos entrevistados, 26,9% possuíam plano de saúde privado. As melhores condições de saúde, capacidade física e acesso aos serviços de saúde foram relatados por idosos com melhor nível de renda (renda maior que 67% do salário-mínimo, sendo este, na época, igual a R\$ 130,00). Os gastos com medicação corresponderam a 23% do salário-mínimo (Lima-Costa et al., 2003a; Lima-Costa et al., 2003b).

Quanto à condição de inserção no mercado de trabalho, a maior parte dos idosos residentes em dez regiões metropolitanas brasileiras realizava trabalho informal, com uma jornada de trabalho igual ou superior a quarenta horas semanais, eram autônomos no setor de prestação de serviços e possuíam até sete anos de estudo. Do grupo dos idosos que trabalhavam, 57,35% estavam na faixa etária de 65 a 69 anos. Já no grupo dos aposentados, 36,85% dos idosos tinham 75 anos ou mais, e 35,36%, 65 a 69 anos. A mediana da renda domiciliar dos aposentados foi de R\$ 350,00, porém 24% destes recebiam menos de R\$ 130,00. Por sua vez, a mediana da renda domiciliar dos idosos que estavam trabalhando era de R\$ 610,00. Os idosos aposentados apresentaram maior freqüência de doenças crônicas, menor grau de autonomia e mobilidade física (Giatti & Barreto, 2003).

Na literatura biomédica do período de 1998 a 2002, foram pesquisados dados sobre pobreza, fome e desnutrição. De acordo com estas informações, 47% do total de óbitos por desnutrição ocorreram em pessoas maiores de 65 anos. Os municípios das regiões Sul e Sudeste apresentaram maior mortalidade por desnutrição em idosos com 75 anos ou mais. O tipo de desnutrição da qual os idosos foram vítimas não foi a desnutrição carencial (escassez de alimentos), e sim de abandono (privados de alimentação) (Paes-Sousa et al., 2003).

O Projeto Epidoso, estudo longitudinal realizado em 1991 com idosos que viviam em comunidade, na cidade de São Paulo (SP), identificou fatores relacionados ao envelhecimento saudável e fatores de risco para a mortalidade. Os fatores de risco para mortalidade nesse grupo de idosos foram: sexo (masculino), idade avançada, hospitalização, déficit cognitivo e dependência nas atividades diárias (Ramos, 2003).

Desigualdades sociais em saúde na terceira idade

Para se falar sobre desigualdades sociais em saúde, é necessário admitir a influência dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença. Para



Chammé (2002), a saúde contempla as condições vivenciadas pelo corpo do indivíduo e seu nível de qualidade de vida. Este autor vê a doença como resultante do desinteresse pelos determinantes socioeconômicos da mesma, originando indivíduos doentes que são fruto de exclusões e explorações.

O homem é um ser complexo, composto da interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, os quais influenciam-se mutuamente. Quando se trata da ação destes fatores, é difícil determinar precisamente quanto influenciam no processo saúde-doença (Palácio & Vasquez, 2003). Segundo Ludermir & Melo Filho (2002), as relações entre as classes sociais não são passivas e estáveis, mas têm uma dinâmica própria que vai além da diferenciação por fatores socioeconômicos, possibilitando explicações sobre a distribuição das doenças nas comunidades.

Os determinantes socioeconômicos estão relacionados à capacidade de obtenção dos meios de saúde, isto é, compreendem a capacidade econômica e cognitiva de se apreender bens e serviços de saúde e incorporar práticas de higiene pessoal e ambiental que favoreçam a obtenção e manutenção de boas condições de saúde. (Paes-Sousa et al., 2003, p.28)

Existem três teorias que buscam explicar as desigualdades sociais em saúde por meio da interação de fatores sociais, econômicos e ambientais: Análise do Curso de Vida, Modelo Salutogênico e Capital Social. A teoria da Análise do Curso de Vida explica que há uma interação entre risco biológico e fatores sociais e psicológicos para o desenvolvimento de doenças crônicas ao longo da vida, sendo a doença atual resultante da posição social passada do indivíduo. De acordo com o Modelo Salutogênico, existe uma relação entre o modo como as pessoas lidam com eventos de vida estressores e seu estado de saúde. Esta teoria propõe a identificação e modificação de fatores socioeconômicos que influenciem o estado de saúde das comunidades (criação de espaços salutogênicos). A teoria do Capital Social é de difícil definição e abrange cidadania, confiança nos outros, cooperação e envolvimento social. O capital social é relacionado a redes de apoio social e ao suporte social. O estado de saúde de indivíduos e coletividades é explicado pelos diferentes níveis de capital social presente, enquanto a pobreza e a falta de base material e estrutural relacionam-se com um baixo capital social, contribuindo para as desigualdades em saúde (Watt, 2002).

Idosos com menor nível socioeconômico apresentam mais necessidades sociais, maior morbidade física e mental. Os resultados de uma pesquisa realizada em Fortaleza (CE) demonstraram que os idosos que viviam em piores condições materiais apresentaram mais doenças crônicas, maior grau de dependência, piores condições mentais e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, do que aqueles em melhor nível socioeconômico (Coelho Filho & Ramos, 1999).

Um estudo realizado em um centro de reabilitação na cidade de Araraquara (SP), sobre a percepção da condição de saúde bucal em idosos

com baixa renda, nível de escolaridade até a quarta série do Ensino Fundamental e pouca qualificação profissional, demonstrou que a saúde bucal foi considerada como regular por esses idosos, porém os dados coletados por meio do exame clínico indicaram que não havia concordância entre a autopercepção e a real condição de saúde bucal (Silva & Fernandes, 2001).

No levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal (SB Brasil), com uma amostra de 5.349 idosos, constatou-se que o número de dentes perdidos, cariados e restaurados, verificado por intermédio do índice CPOD, aumenta com a idade, passando de uma média de 20,1 na faixa etária de 35 a 44 anos, para a média de 27,8 na faixa etária de 65 a 74 anos. O componente perdido foi responsável por aproximadamente 93% do CPOD nos idosos, no entanto, a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Federação Dentária Internacional, para o ano 2000, era de 50% da população idosa com vinte dentes ou mais presentes em boca. A prevalência de cárie radicular nesta faixa etária foi baixa devido às perdas dentárias, enquanto o componenteariado representou apenas 12,19% dos dentes examinados. A necessidade de prótese dentária superior foi vista em 32,40% dos idosos examinados e 56,06% necessitavam de prótese dentária inferior. Apesar disso, 46% desses idosos consideraram sua saúde bucal como boa. Quanto ao acesso ao serviço odontológico, quase 70% dos idosos pesquisados não iam ao dentista há mais de três anos e 5,83% nunca foram atendidos. Quanto ao tipo de serviço utilizado, 40,50% relataram o serviço público e 40,26% serviço privado liberal (Brasil, 2004d).

Em idosos norte-americanos, o edentulismo mostra-se associado às seguintes condições: maiores de 65 anos, pobres, brancos e autopercepção do estado de saúde geral como ruim. O uso de prótese dentária parcial removível e a presença de coroas dentárias estiveram relacionados à disponibilidade financeira do idoso para o pagamento da assistência odontológica, fato que impossibilitou o acesso a estes tratamentos pelos idosos mais pobres (Dolan et al., 2001).

A perda dentária é vista como uma consequência do envelhecimento, porém existe uma associação entre perda dentária e eventos negativos de vida (como a viuvez), baixos níveis de prestígio ocupacional, menos ajuda de familiares e amigos, e presença de mais sintomas depressivos (Drake et al., 1995).

Suporte social e promoção de saúde

O termo exclusão mostra-se insuficiente para definir um processo dinâmico que não se limita ao afastamento dos meios produtivos, mas envolve a não-participação em redes e sistemas de proteção social. A luta contra as desigualdades sociais perpassa o restabelecimento de vínculos sociais, interdependência e solidariedade entre os indivíduos (Magalhães, 2001).

O *suporte social* abrange políticas e redes de apoio sociais (família, amigos e comunidade) que têm como finalidade contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente aquelas em situação de exclusão. Neste caso, o suporte social, mediante a equidade das ações, possibilita o exercício da cidadania.

Segundo Valla (1999, p.10),

apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.

A função das relações sociais compreende aspectos comportamentais e qualitativos dos relacionamentos e abrange suporte social, ancoragem social e esforço relacional (suporte emocional). Salienta-se que, com o processo de envelhecimento, as relações sociais sofrem mudanças (Avlund et al., 2003).

Diante das questões econômico-sociais e de saúde, o idoso torna-se sujeito à vulnerabilidade social. A Política Nacional do Idoso (Brasil, 2003) afirma que é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado assegurar a cidadania ao idoso, sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida. O Estatuto do Idoso (Brasil, 2004c) garante a esta população prioridade na formulação e na execução de políticas sociais, bem como ratifica o direito do idoso à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, e à convivência familiar e comunitária.

A criação de políticas incluindo toda a sociedade, redes de apoio para o idoso dependente e sua família (capacitação dos cuidadores por profissionais de saúde), assistência ao idoso que não dispõe de cuidados familiares, e programas com o intuito de evitar uma posterior dependência em idosos independentes são meios de promover a saúde na terceira idade (Caldas, 2003; Telarolli Júnior et al., 1996).

O aumento da população idosa é simultâneo à ampliação da necessidade de apoio. Um estudo realizado em Guadalajara (México), com idosos hospitalizados de baixa renda, demonstrou que os indivíduos casados e viúvos recebiam um maior número de atividades de apoio. O apoio emocional foi o tipo mais prevalente, seguido do apoio econômico e instrumental (apoio nas atividades da vida diária). O tamanho da rede de apoio foi em média de 7,5 integrantes. As mulheres idosas receberam uma rede de apoio maior e uma maior proporção de atividades de apoio do que os homens idosos (Robles et al., 2000).

O apoio social melhora a saúde e o bem-estar das pessoas, atuando também, em algumas situações, como um fator de proteção. Além disso, o apoio atua como uma ferramenta de autonomia para os indivíduos, na medida em que estes aprendem e compartilham modos de lidar com o processo saúde-doença na comunidade (Valla, 1999). A Promoção de Saúde dá ênfase à redução das desigualdades em saúde por meio da atuação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, injúria e incapacidade, bem como mediante a adoção de medidas que favoreçam ambientes saudáveis (Watt, 2002).

Embora as mulheres idosas representem a maioria da população com mais de sessenta anos no Brasil, enfrentando situações sociais específicas, como a viuvez e condições de saúde mais prevalentes neste gênero, como a

osteoporose, todos os idosos demandam um adequado suporte social e sanitário (Telarolli Júnior et al., 1996).

O idoso necessita de diversos tipos de recursos para suprir suas necessidades da vida diária e ser capaz de optar por escolhas saudáveis. Esses recursos incluem aspectos psicológicos, educação, recursos financeiros, mas também recursos sociais (Hanson et al., 1994).

O Estado deve ser atuante, de modo a promover e auxiliar o suporte familiar e, além disso, garantir o acesso pleno do idoso ao Sistema Único de Saúde. O Programa de Saúde da Família tem a função de elo entre o idoso e os serviços de saúde, possibilitando também a atenção domiciliar para os idosos dependentes, valorizando o cuidado comunitário, principalmente na família e na Atenção Básica de Saúde (Silvestre & Costa Neto, 2003). *"Ativo envolvimento em conselhos locais de saúde pode estimular o senso de pertencimento e espírito comunitário e, além disso, aumentar o suporte social dentro da comunidade"* (Watt, 2002, p.245).

O acesso facilitado aos serviços odontológicos, seja nos centros de saúde ou no atendimento domiciliar e unidades móveis, juntamente com uma conscientização da equipe de cuidadores sobre a importância de se manter uma boa condição bucal, são recursos importantes na busca de suporte para manutenção da autonomia e uma melhora no quadro geral do indivíduo idoso.

Os fatores sociodemográficos, principalmente aspectos das relações sociais, são considerados importantes preditores de doenças bucais em idosos, como a cárie radicular (Avlund et al., 2003; Gilbert et al., 2001). *"... fracas relações sociais influenciam no desenvolvimento de cáries dentárias por meio de mecanismos biológicos ou comportamentais que são inter-relacionados"* (Avlund et al., 2003, p.460).

Neste contexto, a Odontologia deve atuar como um agente de integração na sociedade, influenciando o suporte social, na medida em que mantém a saúde bucal do idoso, possibilitando a este uma aparência agradável, melhor auto-estima, maior capacidade de fonação, além de contribuir para a integração do idoso ao meio social.

A estratégia do Fator de Risco Comum na Promoção de Saúde atua na prevenção de diversas doenças crônicas que possuem os mesmos fatores de risco, como: dieta, fumo, uso de álcool, estresse, trauma, sedentarismo. A dieta, por exemplo, tem influência na obesidade, diabetes e cárie dentária. A promoção de saúde por meio desta estratégia controla um número ilimitado de fatores de risco comum, apresentando grande impacto sobre a prevalência das doenças crônicas (Sheiham & Watt, 2000). Esta estratégia pode ser utilizada com idosos com o propósito de prevenir o surgimento de doenças crônicas, associadas ou não, e suas complicações.

A Promoção de Saúde pode ser realizada em ambientes multigeracionais, como a família, já que a maioria dos idosos vive em comunidade; em grupos frequentados pelos idosos, como igrejas, associações e na Universidade Aberta para a Terceira Idade; em escolas com crianças e adolescentes, de modo que estes compartilhem o conhecimento com os avós; deste modo, a Promoção de Saúde tem o objetivo de valorizar os idosos estimulando, também, uma maior autonomia quanto à sua saúde.

Tipo e local de residência

Os idosos podem residir na comunidade e nas instituições. Os tipos de residência podem ser: residenciais geriátricos, asilos, hospitais de longa permanência e domicílios. Os residenciais geriátricos são condomínios fechados com toda infra-estrutura de saúde e outros serviços, onde os idosos residem sozinhos ou com o cônjuge. Estes residenciais possuem um alto custo de manutenção.

Os asilos podem ser filantrópicos, públicos ou privados, de acordo com o tipo de financiamento. Estas instituições possuem quartos comunitários, comumente separados por sexo, e demais ambientes de uso comum. Os hospitais de longa permanência abrigam idosos dependentes que necessitam de constante assistência médico-hospitalar. Já nos domicílios, os idosos vivem na comunidade com seus familiares, amigos ou sozinhos.

"A família e os amigos são a primeira fonte de cuidados. O maior indicador para o asilamento e outras formas de institucionalização de longa duração entre idosos é a falta de suporte familiar" (Caldas, 2003, p.776).

No Brasil, os idosos tendem a viver em domicílios multigeracionais, com cônjuge e/ou filhos, genros, noras e netos (Coelho Filho & Ramos, 1999). O cuidado do idoso no Brasil é centrado na família e realizado principalmente por mulheres. Em Araraquara (1993), por exemplo, apenas 0,75% dos idosos são institucionalizados (Telarolli Júnior et al., 1996).

Estes dados são semelhantes aos da Inglaterra, onde pequena parcela da população inglesa vive em asilos ou hospitais geriátricos, mesmo em idades avançadas (Higgs, 1997).

A idade avançada, por si só, não é um determinante para o asilamento. Fatores que aumentam o risco para o asilamento são: presença de doenças crônico-degenerativas e suas seqüelas, a hospitalização recente, dependência, morar sozinho, suporte social precário, baixa renda e diminuição do número de cuidadores familiares (Chaimowicz & Greco, 1999).

De acordo com o Estatuto do Idoso (Brasil, 2004c), este tem a preferência na aquisição de imóveis em programas de habitação financiados com recursos públicos, com reserva de 3% das residências para atendimento aos idosos, urbanismo e arquitetura adequados, e critérios de financiamento próprios para idosos.

Idosos que residem em apartamentos com escadas e em favelas ou vilas que possuem passagens estreitas podem apresentar dificuldade de locomoção, principalmente se esses idosos necessitarem de apoio ou de cadeira de rodas, restringindo o acesso a uma rede de apoio social maior, incluindo os serviços de saúde, o que torna o serviço de saúde odontológico domiciliar também fundamental.

Transporte

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF, 2004) o transporte está enquadrado nos serviços de suporte social geral. O transporte também compõe um importante fator para a promoção de saúde na terceira idade, atuando indiretamente para evitar a reclusão social



desses indivíduos.

No Brasil, a lei do Estatuto do Idoso (Brasil, 2004c) assegura, aos maiores de 65 anos, a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares. No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre sessenta e 65 anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para o exercício da gratuidade nos transportes públicos.

Esta gratuidade surge como um mecanismo facilitador para escolhas saudáveis, no momento em que estimula o lazer, a participação em grupos de convívio, de educação e, conseqüentemente, resultando no empoderamento, ao combater o isolamento social e a depressão.

Os idosos que utilizam esse tipo de transporte geralmente são caracterizados pela sua independência, vivem na comunidade e não necessitam de auxílio para se manterem funcionais, conseguindo usufruir normalmente dos serviços de saúde tradicionais que requerem o deslocamento do indivíduo, como, por exemplo, os serviços odontológicos públicos ou privados.

Já os idosos considerados frágeis – que possuem uma doença crônica, têm debilidades físicas, médicas, emocionais e são capazes de manter alguma independência na comunidade somente se obtiverem assistência continuada –, juntamente com os funcionalmente dependentes, que além dos problemas anteriormente citados são incapazes de manter sua independência, vêem o transporte como uma barreira ao acesso dos mais variados serviços, dentre eles, o odontológico (Dolan & Atchison, 1993). Cazarini (2002) também demonstrou que uma das causas da não-adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus foi a dificuldade de acesso aos meios de transportes.

Para os idosos considerados frágeis e os funcionalmente dependentes, que necessitam de cuidados em saúde bucal, surgem alternativas como as unidades móveis e o atendimento domiciliar. Nas unidades móveis, um consultório é mantido em um trailer ou van, que se desloca o mais próximo do usuário. No atendimento domiciliar, o usuário não se encontra em condições de deslocamento e o cirurgião-dentista se encaminha até o local com equipamento portátil, às vezes com algumas limitações, mas oferecendo acesso aos serviços (Lee et al., 2001). Uma dessas limitações é o custo financeiro (Fiske et al., 1990), onde a maioria ainda se encontra na esfera privada, principalmente o atendimento domiciliar.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) amplia o seu alcance de acesso para além das Unidades de Saúde, com o trabalho das visitas domiciliares, por meio do qual procura atender os indivíduos, que, na sua maioria, são idosos frágeis ou funcionalmente dependentes, buscando mantê-los no convívio familiar, evitando-se ou postergando a hospitalização (Silvestre & Costa Neto, 2003). Os profissionais de saúde bucal, que atuam em PSFs, trabalham um novo conceito de atenção à saúde, o atendimento domiciliar – deslocando-se até o usuário incapacitado e buscando, com uma melhora no seu quadro de saúde bucal, participar do restabelecimento da saúde geral. As unidades móveis também são recursos utilizados para

prestarem serviços às zonas rurais ou periféricas onde o acesso aos serviços de saúde é bastante limitado.

Uma outra questão a ser discutida é a de acidentes de trânsito envolvendo idosos. Os idosos vítimas de lesões por causas externas são geralmente independentes. Após os acidentes, esta condição é comumente modificada, prejudicando sua saúde mental e física. A violência no trânsito é mais prejudicial aos idosos, pois são mais vulneráveis aos traumas, possuem uma recuperação mais lenta, apresentam maior tempo de hospitalização nos casos de traumatismos e lesões mais graves (Gawryszewski et al., 2000).

Um estudo realizado em Londrina (PR) analisou as características das vítimas por acidentes de trânsito terrestre. Verificou-se que os coeficientes de incidência de agravos e de mortalidade mais elevados foram para jovens motociclistas de 15 a 29 anos (33 a 38,3 por cem mil habitantes); para idosos entre sessenta a 69 anos (28,1 por cem mil habitantes), e para idosos entre sete ta a 79 anos (39,4 por cem mil habitantes) (Andrade & Mello-Jorge, 2000).

São aliados na manutenção da qualidade de vida dos idosos: um transporte público de qualidade, adaptado às necessidades dessa população; diminuição das barreiras de acesso aos serviços de saúde por meio do atendimento domiciliar e das unidades móveis; continuação da autonomia do dirigir; a presença de programas que auxiliem na manutenção do idoso na família, e estruturas físicas apropriadas para idosos nas cidades.

Suporte financeiro

Segundo Higgs (1997), um marco que indica em vários países a entrada na terceira idade é a aposentadoria. Este é um fato controverso e não pode ser generalizado, já que, em alguns países africanos, principalmente os mais pobres, as pessoas esperam a aposentadoria aos quarenta anos de idade. O aumento do número de aposentadorias nas sociedades industrializadas propiciou o surgimento de teorias quanto à posição do idoso na sociedade. A teoria do desligamento refere-se ao afastamento do idoso da população economicamente ativa por meio da aposentadoria, não se resumindo apenas ao desligamento do espaço profissional, mas também do familiar. A teoria da dependência estruturada expõe que o idoso, quando sai do mercado de trabalho formal, passa a depender da renda da aposentadoria, sendo esta dependência estabelecida por políticas públicas. Para a teoria da Terceira Idade (*Third Ageism*), a aposentadoria é vista como um momento que possibilita ao idoso oportunidades para realização de outras atividades de caráter econômico e de valorização pessoal. O idoso poderia investir seu tempo em educação, mudança de profissão, turismo etc .

No Brasil, mediante a Lei Orgânica da Assistência Social, o idoso que não possui recursos para a sua sobrevivência, ou cuja família não intervenha na sua manutenção, tem o direito a um salário-mínimo mensal como benefício (Brasil, 2004a).

A aposentadoria oferecida pelo Estado não deve ser inferior a um salário-mínimo e nem superior ao limite máximo do salário-de-contribuição (dez salários-mínimos). Para se evitar um colapso no Sistema Previdenciário

brasileiro daqui a alguns anos, devido ao crescente número de idosos e aumento da expectativa de vida, uma das soluções adotadas foi aumentar a idade de aposentadoria de sessenta para 65 anos para os homens, e de 55 para sessenta anos para as mulheres. Os trabalhadores rurais podem pedir aposentadoria por idade com cinco anos a menos: aos sessenta anos, homens, e aos 55 anos, mulheres. Também foi estipulada uma contribuição de 11% para a Previdência Social, mesmo após a aposentadoria, para aqueles que receberem acima de 60% do limite máximo fixado para os benefícios do regime geral de Previdência Social (Brasil, 2004b; 2004c).

Um suporte financeiro adequado minimiza as desigualdades em saúde. Quanto à saúde bucal, a economia contribui marcadamente para a construção de um perfil de saúde bucal e de hábitos de cuidado bucal entre as pessoas (Hanson et al., 1994).

Quando é feito o planejamento para recuperação da saúde bucal na terceira idade, o custo desta deveria ser considerado, principalmente porque os serviços de reabilitação oral, especificamente os procedimentos protéticos, são os mais procurados e onerosos. Tal fato exclui a maioria dos idosos do acesso a esses serviços. Aos poucos, esta realidade tende a ser modificada com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, que busca ampliação e qualificação da Atenção Básica, mediante a inclusão de procedimentos mais complexos como a reabilitação protética (Brasil, 2005).

Considerações finais

O Brasil é um país com grandes contrastes sociais e econômicos e, neste contexto, o envelhecimento populacional emerge como uma questão a ser discutida, devido ao aumento do número de idosos em precárias condições socioeconômicas, com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e risco aumentado de dependência. Um *suporte social* adequado e a *promoção de saúde*, tanto ao nível macro — políticas públicas, quanto no núcleo familiar, devem ser estruturados e viabilizados de modo a suprir as necessidades dos idosos e melhorar a sua qualidade de vida. A presença de redes de apoio, suporte financeiro digno, acesso aos serviços de saúde, moradias adequadas e transporte de qualidade são alguns elementos necessários à construção de uma melhor condição de vida.

A *promoção de saúde* e *saúde bucal* na população idosa brasileira deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde quanto na família, promovendo a autonomia do idoso, possibilitando a consolidação da relação inegável entre o *suporte social* e a *promoção de saúde*, pois na medida em que se implementa o primeiro, trabalha-se promovendo a saúde.

Referências

- ANDRADE, S. M.; MELLO-JORGE, M. H. P. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p.149-56, 2000.
- AVLUND, K.; HOLM-PEDERSEN, P.; MORSE, D. E.; VIITANEN, M.; BENGTT, W. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. **Commun. Dent. Oral**



Epidemiol., v.31, p.454-62, 2003.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política nacional do idoso**. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sal/codigo_civil/indice.htm>. Acesso em: 28 dez.2003.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em: 26 jul.2004a.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Lei Nº 10.887, de 18 de Junho de 2004. Dispõe sobre a aplicação de disposições da Emenda Constitucional no 41, de 19 de dezembro de 2003, altera dispositivos das Leis nos 9.717, de 27 de novembro de 1998, 8.213, de 24 de julho de 1991, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de jun. 2006. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em: 26 jul.2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004d.

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº10.741/2003.Estatuto do Idoso**. Brasília, 2004c.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**.Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 fev. 2005.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.773-81, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.725-34, 2003.

CAZARINI, R. P.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P.; PACE, A.; FOSS, M. C. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.35, n.2, p.142-50, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. **Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades em Saúde**. Disponível em <<http://hygeia.fsp.usp.br/~cbcd/cifWeb.htm>>. Acesso em: 16 out.2004.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.5, p.454-60, 1999.

CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde Soc.**, v.11, n.2, p.3-17, 2002.

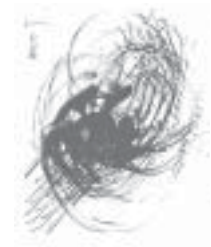
COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.5, p. 445-53, 1999.

DOLAN, A. T.; ATCHISON, K. A. implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. **J. Dental Educ.**, v.57, n.12, p.876-87, 1993.

DOLAN, T. A.;GILBERT, G. H.; DUNCAN, R. P.; FOERSTER, U. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and White middle-aged and older adults. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.29, n.5, p.329-40, 2001.

DRAKE, C. W.; HUNT, R. J.; KOCH, G. G. Three-year tooth loss among black and white older adults in North Carolina. **J. Dental Res.**, v. 74, n.2, p.675-80, 1995.

FISKE, J.; GELBIER, S.; WATSON, R. M. Barriers to dental care in a elderly population resident in a inner city area. **J. Dent.**, v.18, p.236-42, 1990.

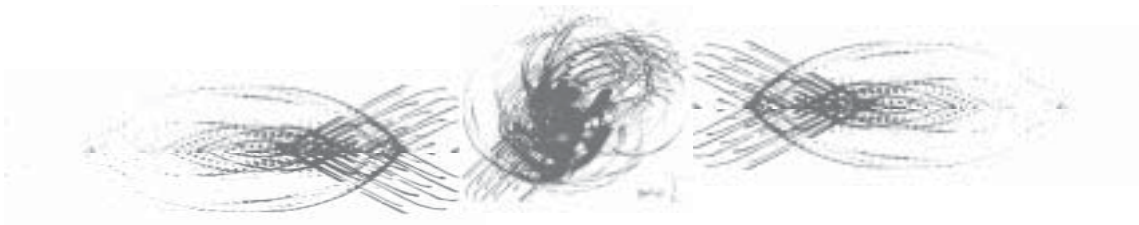


- GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p.995-1003, 2004.
- GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.735-44, 2003.
- GILBERT, G. H.; Duncan, R. P.; Dolan, T. A.; Foerster, U. Twenty-four month incidence of root caries among a diverse group of adults. **Caries Res.**, v.35, p. 366-75, 2001.
- GOYAZ, M. Vida ativa na melhor idade. **Rev. UFG**, v.5, n.2, 2003. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: 12 nov. 2004.
- HANSON, B. S.; LIEDBERG, B.; ÖWALL, B. Social network, social support and dental status in elderly swedish men. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.22, n.51, p.331-7, 1994.
- HIGGS, P. Older people, health care and society. In: SCAMBLER, G. (Ed.) **Sociology as applied to Medicine**. 4.ed. London: WB Saunders, 1997. p.149-58.
- LEE, E. E. J.; THOMAS, C. A.; THUY, V.U. Mobile and portable dentistry: alternative treatment services for the elderly. **Spec. Care Dent.**, v.21, n.4, p.153-5, 2001.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.735-44, 2003a.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L.; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.745-58, 2003b.
- LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.2, p.213-21, 2002.
- MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.3, p.569-79, 2001.
- PAES-SOUSA, R.; RAMALHO, W. M.; FORTALEZA, B. M. Pobreza e Desnutrição: uma Análise do Programa Fome Zero sob uma Perspectiva Epidemiológica. **Saúde Soc.**, v.12, n.1, p.21-30, 2003.
- PALÁCIO, L. M. A.; VASQUEZ, I. E. El ser humano como una totalidad. **Salude Uninorte**, v.17, p.3-8, 2003.
- PEREIRA, M. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.158-85.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-8, 2003.
- ROBLES, L.; CURIEL, G. R.; GARCÍA, L. M. C.; COLES, L. C.; MEDRANO, M. S. G; GONZÁLEZ, M. S. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos em Guadalajara , México. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.2, p.557-60, 2000.
- SHEIHAM, A.; WATT, R. G. The Common Risk Factor approach: a rational basis for promoting oral health. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.28, p.399-406, 2000.
- SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.4, p.349-55, 2001.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.839-47, 2003.

TELAROLLI JÚNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. S.; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.30, n.5, p.485-98, 1996.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, v.15, suppl. 2, p.569-79, 1999.

WATT, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.30, n.4, p.241-7, 2002.



ARAÚJO, S. S. C. ET AL. Soporte social, promoción de salud y salud bucal en la población anciana en Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.203-16, jan/jun 2006.

El creciente envejecimiento de la población mundial, inclusive en Brasil, acentúa la importancia de las medidas para tratar con esta situación. En Brasil, la mayoría de los ancianos es del sexo femenino, vive en domicilios con varias generaciones, es referencia económica para estos, tiene bajo nivel socioeconómico, es portadora de por lo menos una enfermedad crónica, independiente para realización de las actividades de la vida diaria, no tiene dientes y busca atención en salud en el SUS. Los ancianos brasileños expuestos a situaciones de vulnerabilidad social están sujetos a la interferencia directa de los determinantes sociales en el proceso de salud-enfermedad. El Soporte social incluye políticas y redes de apoyo social, que actúan como agente de integración del anciano en la sociedad y disminuyendo los riesgos de exclusión social y en consecuencia de daños a su salud a través de medidas de promoción de salud. Este artículo discute el Soporte Social y algunos de sus aspectos como: el tipo y lugar de residencia, el transporte y el soporte financiero en ancianos brasileños y su relación con la promoción de salud.

PALABRAS CLAVE: apoyo social. anciano. promoción de salud. salud bucal.

Recebido em: 11/04/05. Aprovado em: 20/02/06.