

Prevenção e Promoção de Saúde Bucal no Envelhecimento da Pessoa com Deficiência Intelectual: Descrição teórica e prática

Health promotion and disease prevention in aging people with intellectual disabilities: description theory and practice

Promoción de la salud y prevención de enfermedades en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual: la teoría y la práctica
Descripción

Cláudia Lopes Carvalho
Leila Regina de Castro
Alayde Lanari Fernandes

RESUMO: O envelhecimento da pessoa com Deficiência Intelectual (DI) revela-se cenário propício para a implementação de medidas de prevenção e promoção de saúde. Sabe-se que o planejamento e o desenvolvimento de ações em prol da saúde corroboram para o aumento da longevidade e favorecem o bem-viver da pessoa idosa. Esse artigo compartilha um relato de experiência voltado à elaboração de um Programa de Prevenção e Promoção de Saúde Bucal para pessoas com DI adultas e idosas. Participaram deste Programa 100 pessoas com idade mínima de 37 anos e máxima de 65, com diferentes etiologias. Após o desenvolvimento dessas ações, foi possível verificar a adesão às estratégias utilizadas com transferência para a prática cotidiana.

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde bucal; Gerontologia; Deficiência Intelectual.

ABSTRACT: *The aging of people with Intellectual Disability (ID) is a situation that can benefit from the implementation of measures for health promotion and disease prevention. Planning and implementing health actions help promote longevity and quality of life in the elderly. This article reports the experience of implementing an oral health promotion and disease prevention program for adults and older persons with ID. A total of 100 individuals aged between 37 and 65 years with different etiologies took part in the program. After implementation of the actions, adherence to the strategies used and transfer to daily living was evident.*

Keywords: *Aging; Oral health; Gerontology; Intellectual Disabilities.*

RESUMEN: *El envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual (DI) es una situación que puede beneficiarse de la aplicación de medidas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. las acciones de salud planificación y ejecución de ayudar a promover la longevidad y calidad de vida en las personas mayores. Este artículo da cuenta de la experiencia de la implementación de un programa de promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades para los adultos y las personas mayores con DI. Un total de 100 individuos de edades comprendidas entre 37 y 65 años con diferentes etiologías participó en el programa. Después de la implementación de las acciones, la adhesión a las estrategias utilizadas y la transferencia a la vida diaria era evidente.*

Palabras clave: *Envejecimiento; Salud oral; Gerontología; Discapacidad intelectual.*

Introdução

A promoção de saúde no envelhecimento tem sido objeto de interesse mundial. Em 1974 já se preconizavam os cuidados primários em saúde para países em desenvolvimento que poderiam ser realizados através da atenção primária. Em 1986, a Carta de Ottawa (WHO, 1986) torna-se documento fundamental para o delineamento das ações de promoção de saúde (os determinantes de saúde). Dessa forma, as ações desenvolvidas em prol da qualidade de vida da pessoa idosa devem considerar fatores relacionados à promoção do bem-viver (Sakakibara, Kabayama, & Ito, 2015).

O envelhecimento revela-se cenário propício para a implementação de medidas voltadas à prevenção e à promoção da saúde. Sabe-se que o planejamento em saúde, em curto, médio e longo prazo, corrobora para o aumento da longevidade e favorece o bem-viver da pessoa idosa. Para isso, é importante compreender que a ausência de doenças não está diretamente relacionada com o bem-estar. A pessoa idosa pode apresentar alterações no seu estado de saúde geral e, mesmo assim, apresentar bom desempenho em suas atividades cotidianas, bem como exercer uma participação social, apresentando-se como um sujeito ativo e funcional (Almeida, *et al.*, 2015; Pishkar Mofrad, Jahantigh, & Arbabisarjou, 2015).

As ações de promoção de saúde no envelhecimento constituem um conceito recente, se comparado ao tempo empregado para a consolidação de políticas públicas em prol da pessoa que envelhece no Brasil. No entanto, no cenário atual existem alguns programas que utilizam as premissas da promoção de saúde no envelhecimento típico. Entre os programas existentes podemos citar: 1) Cidades Amigas das pessoas idosas, que promove a integração da pessoa idosa no seu ambiente (Organização Mundial de Saúde, 2008); 2) Aprovação da resolução (Normativa 265) que incentiva a participação de pessoas idosas em programas de envelhecimento ativo (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011); 3) Implantação do Núcleo de Convivência para Idosos (NCI) no município de São Paulo, em 2010; 4) Projetos de promoção do envelhecimento saudável (Conselho Nacional do Idoso, 1994); e o uso de estratégias educativas assistenciais. As ações acima citadas representam apenas algumas medidas em prol do idoso típico; porém, muito ainda precisa ser realizado no que se refere à promoção de saúde no envelhecimento.

Quando comparamos os programas existentes e correlacionamos a ações de promoção de saúde no envelhecimento da pessoa com Deficiência Intelectual (DI) é evidente uma disparidade quanto à existência dessas medidas. Sabe-se que a pessoa com DI pode apresentar um envelhecimento precoce (Ramos, & Moscardi, 2004), principalmente daqueles com Síndrome de Down (SD), gerando uma demanda de atenção maior no que se refere aos aspectos de saúde geral (Jennings, *et al.*, 2015; Ramos, & Moscardi, 2004; Tsao, Kindelberger, Fréminville, Touraine, & Gerald, 2015).

A pessoa com DI que envelhece necessita de programas de promoção de saúde que envolvam aspectos desde a prevenção de doenças crônicas agudas à manutenção das habilidades adquiridas ao longo de toda a vida.

Atualmente essa população necessita de ações com objetivos claros de promoção do envelhecimento saudável, tanto quanto o idoso típico. Esclarecer e compartilhar medidas de promoção de saúde adotadas em prol da pessoa com DI longeva justifica a existência deste artigo.

Promoção de Saúde no Envelhecimento: Rediscutindo sua aplicabilidade na DI

A parceria existente entre promoção de saúde e comunidade é uma ideia que converge para a efetividade das ações desenvolvidas no âmbito coletivo. A educação por muito tempo deixou de estar relacionada ao ensino formal, tornando-se instrumento funcional de eficácia e efetividade para propagação das medidas de saúde coletiva. O uso de estratégias educacionais para a promoção de saúde envolve processos educativos e o uso de metodologias específicas por meio de ações participativas, fomentação ao uso do conhecimento compartilhado, e valorização dos diferentes saberes (Nutbeam, 1999).

Antes de compreender tais medidas, é importante considerar que cada profissional de saúde pode ser um agente educador, capaz em seu uso legal da profissão de exercer medidas ininterruptas de educação. Os conceitos de saúde adquiridos durante a graduação podem ser muito mais eficazes quando disseminados através de medidas de alcance coletivo. Para isso, é importante que profissionais como: assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, médicos e docentes de saúde somem saberes para dar respostas às questões relacionadas que envolvem a perspectiva do viver com qualidade (Assis, 2005).

No envelhecimento da pessoa sem DI, as ações elaboradas para a promoção de saúde envolvem, segundo Assis (2005), as bases teóricas dos processos educativos, tais como: 1) A transmissão do conhecimento: exercida por alguém que tem domínio com ênfase, via de regra, na repetição, para uma mudança de comportamento; 2) Condicionamento: visa à obtenção dos resultados por meio de técnicas do behaviorismo e da reflexologia. Além da abordagem descrita, Assis (2005) ainda menciona a abordagem pedagógica com foco humanista. Nessa abordagem de promoção de saúde, as estratégias desenvolvidas consideram a ressignificação a partir das vivências e experiências pessoais.

Essa mesma autora menciona outras abordagens correlacionando ações educativas, tais como: a *Abordagem cognitivista*, que considera fatores relacionados às habilidades cognitivas, como via para a construção do conhecimento; a *Abordagem Sociocultural*: a pessoa que aprende como foco das ações educativas.

Para Machado, e Wanderley (2012), o modelo adequado para o desenvolvimento das ações em educação e saúde necessita estar atrelado aos objetivos da intervenção. Para isso, é imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde e da comunidade. Assim é que as ações para a promoção da saúde no envelhecimento necessitam da junção do conhecimento existente envolvendo esta díade: o educador em saúde e a comunidade.

Sabe-se que as ações de promoção de saúde no envelhecimento podem contribuir para a sensibilização e a educação da sociedade a respeito do envelhecimento, bem como para a promoção da qualidade de vida. Partindo desse pressuposto, o idoso poderá vivenciar sua longevidade, sabendo que a sociedade está preparada para facilitar sua inserção e seu usufruto do envelhecimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS 1992) aponta a necessidade da promoção de saúde no envelhecimento como medida para manutenção da qualidade de vida das pessoas. Nessa direção, Vahedi (2010) afirma que seria discrepante correlacionar envelhecimento saudável e qualidade de vida sem as respectivas ações de promoção de saúde.

Atualmente no Brasil a promoção de saúde e a qualidade de vida no envelhecimento têm sido assunto de várias mídias, de maneira que a população, de forma direta ou indireta, está sendo conscientizada a respeito das mudanças epidemiológicas e das necessidades de inclusão social da pessoa longeva. As ações de promoção de saúde na população longeva é outra temática que tem sido explorada pelos inúmeros programas que se estendem desde a esfera pública à privada (Nejat, Montazeri, Holakouie Naieni, Mohammad, & Majdzadeh, 2006).

No entanto, o envelhecimento da pessoa com DI é uma realidade e pouco tem sido disseminada, ou seja, a sociedade em sua maioria desconhece o assunto. Não sem razão, a pessoa idosa com DI tem necessidade da participação no que se refere às ações educativas que promovam saúde e qualidade de vida semelhante ao idoso sem DI.

A justificativa para a realização de programas de promoção de saúde destinados à pessoa com DI é emergente, e urgente. Atualmente a pessoa com DI apresenta maior expectativa de vida; tal expectativa exige um planejamento para a promoção do bem-viver.

Para isso, é importante considerar as diferenças e especificidades que acometem a pessoa com DI longeva, levando-se em consideração o envelhecimento precoce em especial naquelas com Síndrome de Down e a predisposição para o desenvolvimento de comorbidades.

Ações de Promoção de Saúde e o Envelhecimento da pessoa com DI: Desafios e possibilidades

O envelhecimento da pessoa com DI é uma realidade que requer planejamento e execução de medidas que contemplem o desenvolvimento de ações de promoção de saúde ao longo de toda a vida. Considerando a realidade da pessoa com DI longeva atendida pelo Serviço de Apoio ao Envelhecimento da APAE DE SÃO PAULO, é possível verificar que essa população pode ser beneficiada com tal modalidade de intervenção em saúde.

Apesar das doenças preexistentes relacionadas ao quadro da Deficiência Intelectual, existe uma demanda de saúde que necessita de atuação direta e indireta para promoção de saúde no envelhecimento dessa população. Sabe-se que a pessoa com DI longeva apresenta uma predisposição para o desenvolvimento de doenças crônicas e dificuldades para a manutenção de saúde devido às doenças preexistentes (Hilgenkamp, Reis, van Wijck, & Evenhuis, 2012). Contudo, o manejo da deficiência estará relacionado com domínios comportamentais de otimização, por meio de estratégias que compensem as perdas funcionais, por maximização dos ganhos e minimização das perdas. Ainda que a deficiência influencie a qualidade de vida na velhice, esta não será determinante e dependerá das condições objetivas e subjetivas vivenciadas por cada sujeito (Diogo, 2013).

O aumento da longevidade das pessoas com deficiência intelectual, em especial daquelas com Síndrome de Down, é oriundo das ações de promoção de saúde e de medidas preventivas adotadas ao longo de toda a vida. Algumas dessas medidas são: a melhoria no tratamento de afecções cardíacas congênitas, o controle de quadros infecciosos respiratórios, a estimulação precoce e perene, dentre outras terapias voltadas ao desenvolvimento e à manutenção das habilidades psicomotoras (Ramos, & Moscardi, 2004; Heller, Fisher, Marks, & Hsieh, 2014).

As ações para a promoção de saúde nessa população abrangem a pessoa com DI longeva, seus familiares e a comunidade. Sem essa tríade, fica difícil a elaboração e a execução de qualquer medida de promoção de saúde. Promover ações educativas com objetivos claros de intervenção em saúde possibilita e motiva a vida ativa e o aumento da participação, resultando em satisfação e bem-estar da pessoa com DI em processo de envelhecimento.

No Brasil, a promoção de saúde no envelhecimento dessa população ainda é um tema recente e desafiador. No entanto, algumas ações estão sendo desenvolvidas pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que fomentam e validam algumas medidas de saúde em prol da pessoa com deficiência (auditiva e visual) que podem ser aplicadas à pessoa idosa com DI. Entre as medidas de saúde aprovadas pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, podemos citar:

1) Aquisição de equipamento e materiais que atendam às necessidades específicas das pessoas com deficiência no âmbito dos níveis de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

2) Garantir, com setores governamentais e não governamentais, por meio de convênios, contratos e demais instrumentos legais, programas de promoção, prevenção e reabilitação baseados nas especificidades dos tipos de deficiência;

3) Pactuar, entre as esferas de governo, a implantação e disseminação de centros de habilitação e reabilitação descentralizados, bem como a ampliação dos já existentes, que incluam estratégias preventivas e promotoras de saúde, integrando e acolhendo familiares e cuidadores das pessoas com deficiência, bem como aumentar o número de atendimentos terapêuticos com equipe multiprofissional, visando à inclusão social das pessoas com deficiência;

4) Promover ações conjuntas (governo e entidades) para a criação de programas voltados a serviços de atendentes pessoais e familiares respeitando-se as especificidades das pessoas com deficiência;

5) Promover campanhas educativas acessíveis à pessoa com deficiência na área dos direitos reprodutivos, com programa específico sobre a vida sexual das pessoas com deficiência nas unidades básicas de saúde, com profissionais capacitados para acolhimento, orientação e acompanhamento;

6) Inclusão de disciplinas referentes ao atendimento da pessoa com deficiência nas grades curriculares dos cursos de saúde, técnicos e de graduação;

7) Fomentar e divulgar a pesquisa científica e epidemiológica destinada a conhecer as etiologias das diferentes deficiências, conhecendo as respectivas formas de prevenção;

8) Promover campanhas educativas acessíveis à pessoa com DI, possibilitando a disseminação do conhecimento sobre prevenção e promoção à saúde bucal.

Outras medidas de promoção de saúde em prol da pessoa com DI estão sendo realizadas através do Programa Estadual de Atendimento à Pessoa com Deficiência Intelectual, desenvolvido pela Secretaria da Pessoa com Deficiência. Essa ação está atrelada às diretrizes para garantia de igualdade de direitos e de oportunidades para as pessoas com *deficit* cognitivo. Na área da saúde, é possível a implementação de programas e ações voltadas à prevenção da deficiência, bem como estabelecer protocolos para seu diagnóstico e definir uma política de atendimento a essa população.

Um marco importante relacionado a medidas de promoção de saúde da pessoa idosa sem DI está atrelado às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006), cuja finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de saúde. Entre as diretrizes aprovadas, consta o seguinte: 1) Promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; 3) Estímulo às ações inter-setoriais, visando à integralidade da atenção; 4) Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; 5) Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; 6) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; 7) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; 8) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Um dos maiores desafios para aplicabilidade da *Política Nacional do Idoso* e do *Estatuto do Idoso* para a pessoa longeva com DI está relacionado à idade cronológica, considerando-se que todas as diretrizes desse Programa contemplam apenas pessoas idosas com 60 anos ou mais de idade. Diante do cenário atual, é necessária a revalidação desses direitos por meio da reafirmação das reais necessidades do idoso com DI, utilizando-se as diretrizes presentes nesses Conselhos.

Sabe-se que, apesar da ausência do componente cronológico (idade igual ou superior a 60 anos), a pessoa com DI envelhece precocemente, em especial aquelas com Síndrome de Down (35 a 40 anos) e normalmente apresentam um nível de dependência muito maior para as atividades de vida diária maior que os idosos sem DI. Diante da barreira relacionada à idade cronológica, surge a necessidade de validação dos direitos da pessoa idosa com DI, utilizando-se todos os recursos possíveis para garantia da promoção da qualidade de vida e concretização do fato da cidadania dessa população.

O reconhecimento do envelhecimento precoce da pessoa com DI torna-se uma ferramenta fundamental para a validação plena desses direitos. Para isso, é importante que pesquisas sejam realizadas, visando a resgatar as evidências dos sinais do envelhecimento e dos marcadores biológicos que comprovem o envelhecimento precoce. Enquanto isso, a pessoa idosa com DI não pode deixar de ser atendida e as questões que envolvem o seu envelhecimento necessitam de assistências e cuidados de saúde em todos os níveis.

O envelhecimento precoce está comprovado em pessoas com Síndrome de Down em outros países. Na Irlanda, Espanha e Portugal existem inúmeros programas que atendem a demanda existente no envelhecimento da pessoa com DI. Além disso, existe um incentivo maior à produção e disseminação do conhecimento, a respeito do envelhecimento em tais condições.

A promoção de saúde no envelhecimento dessa população torna-se um desafio, existindo, porém, a possibilidade de ampliação de programas que supram a demanda de saúde em várias esferas, desde a prevenção de doenças crônicas à manutenção das habilidades específicas ao longo de toda a vida. Os programas de atendimento precisam abranger inclusive a detecção e constatação de determinantes gerais envolvendo as condições de saúde em uma esfera ampla, a saber: a biopsicossocial e cultural, assim como a espiritual.

A pessoa com DI idosa necessita participar de atividades coletivas para promoção do envelhecimento ativo. A preservação e a manutenção das capacidades são de extrema importância para o planejamento de vida em curto, médio ou longo prazo relativamente a essa população. Promover o envelhecimento saudável em prol da pessoa com DI corrobora para o aumento da expectativa de vida e possibilita a quebra do duplo estigma (envelhecimento e deficiência intelectual) vivenciado por estas pessoas e seus familiares.

Prevenção e Promoção de Saúde Bucal: principais demandas

A saúde bucal em idosos no Brasil é tema emergente nestas primeiras décadas do século XXI, conquanto aguarde os devidos encaminhamentos, exigindo um plano de ação em promoção e prevenção de saúde. Pesquisa realizada por Silva & Júnior (2000) mostra que a população longeva apresenta sério comprometimento da saúde bucal, destacando-se aspectos como: dentes extraídos, sextantes com doença periodontal, lesões da mucosa bucal e necessidade de próteses. Portanto, essa é uma realidade que desafia a maior parte dos profissionais que atuam direta ou indiretamente na promoção de saúde bucal no envelhecimento.

A pessoa com DI apresenta desde a infância inabilidades adaptativas para a realização de algumas tarefas do dia a dia, necessitando de auxílio, em grau variado (leve, moderado ou total), de outra pessoa e, avançando seu envelhecimento, a tendência é tornar-se cada vez mais dependente, com prejuízos ainda maiores para executar e desenvolver as atividades de vida diária (AVD's).

O aumento do nível de incapacidade e de dependência predispõe essa pessoa a um quadro de maior vulnerabilidade aos fatores contextuais (pessoais e ambientais), requerendo, de quem dela cuida, um grau maior de atenção durante a execução dos cuidados. Portanto, com o passar dos anos, no dia a dia avulta a necessidade de suporte de outra pessoa para auxiliar o idoso com DI nas suas mais simples atividades. A necessidade de cuidados ocasiona a preocupação de seus responsáveis, gerando uma sobrecarga e um comprometimento em muitos casos da prevenção de saúde, dentre eles, o da saúde bucal.

Sabe-se que a abordagem em prevenção de saúde bucal requer a realização de cuidados diários, compreendendo a execução de uma atividade simples de vida diária como o ato de escovação. O ato de escovação no dia a dia da pessoa com DI que envelhece torna-se um desafio devido a vários fatores. O comprometimento cognitivo torna-se para muitos casos, uma barreira que dificulta a compreensão sobre a importância da realização desses cuidados para a prevenção e promoção de saúde. Além disso, dependendo do grau de deficiência, é comum ocorrer a perda da autonomia para exercer as atividades de vida diária (AVD's), predispondo a um risco maior de desenvolvimento de doenças bucais e perdas de dentes devido à ausência de cuidados diários.

Algumas pesquisas apontam a presença de alterações bucais em pessoas com Síndrome de Down (Loureiro, Costa, F. O., & Costa, J. E., 2007); são raros, porém, os estudos que avaliem a saúde bucal de idosos com DI de outras etiologias. A ausência desses dados dificulta o planejamento de ações em saúde bucal, ainda que desafie e instigue os especialistas em saúde para a realização de novas pesquisas com essa temática.

Na prática de atendimento a essa população, é notória a existência de outros aspectos que podem influenciar na prevenção de doenças bucais, sendo eles: 1) Ausência de pesquisas multidisciplinares com foco em saúde bucal; 2) Ausência de dados epidemiológicos sobre essa temática em pessoa idosas com DI; 3) Ausência de cuidadores habilitados para instruir e orientar a pessoa com DI em processo de envelhecimento de maneira adequada; 4) Presença de familiares e/ou cuidadores idosos cuidando de pessoas com DI já idosas; 5) Ausência de Serviços de Saúde que avaliem a pessoa com DI e considerem todas as suas demandas de saúde; 6) Ausência de programas de prevenção e promoção de saúde bucal para essa população; 7) Ausência de incentivo à participação em programas existentes de saúde bucal para o idoso sem DI.

Este trabalho objetiva o rastreio das condições de saúde bucal das pessoas com Deficiência Intelectual em processo de envelhecimento, cuja finalidade está pautada no estabelecimento de medidas coletivas de prevenção e promoção de saúde bucal. Para a realização dos objetivos gerais, foram estabelecidos alguns objetivos específicos, sendo estes: Fazer a triagem das condições de saúde bucal dos atendidos e intervir nessa direção, por meio de ações de promoção e prevenção de saúde oral, em uma abordagem individual e coletiva.

O aumento da expectativa de vida da pessoa com DI torna-se um cenário propício para a implementação de ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde. Para isso, é importante reconhecer a saúde bucal como parte integrante na qualidade de vida da pessoa com DI em processo de envelhecimento.

A pessoa com DI, em especial aquela com Síndrome de Down (SD), apresenta uma predisposição para alterações na saúde bucal. Pesquisas realizadas nessa área apontam a presença dessas alterações nessa população desde a infância (Oredugba, 2007; Loureiro, Costa, F. O., & Costa, J. E., 2007; Fiske, & Shafik, 2009) e ao longo de toda a vida (Kieser, Townsend, & Quick, 2003; Sakellari, *et al.*, 2001).

Apesar dos avanços em prol da saúde dessa população, é importante a realização de abordagens que englobem questões específicas de prevenção e promoção de saúde que não estejam apenas correlacionadas às comorbidades pré-existentes (doenças cardíacas congênitas, diabetes, obesidade entre outras), reconhecidas pela maioria dos profissionais da saúde. A saúde bucal dessa população nessa fase de vida torna-se foco de atenção quando se pensa em longevidade e promoção da qualidade de vida.

Metodologia

Público-alvo

Para participação da triagem de saúde bucal, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão, a saber: 1) Apresentar DI e estar em idade adulta e/ou envelhecida; 2) Estar inscrito no Serviço de Apoio ao Envelhecimento da APAE DE SÃO PAULO. A idade estabelecida para triagem incluiu pessoas com idade igual ou superior a 35 anos de ambos os gêneros. Todos residentes na cidade de São Paulo.

Procedimentos e proposta de intervenção

Triagem bucal das pessoas atendidas: Foi realizada avaliação em 100 pessoas com DI em processo de envelhecimento de ambos os gêneros, com idade entre 35 e 67 anos. Para isso, foi utilizado protocolo adaptado para uso exclusivo nesse programa. As avaliações foram realizadas individualmente por uma única avaliadora.

Encaminhamentos para atendimento com profissional dentista: Essa medida foi realizada para os casos que apresentaram maior prejuízo relacionado ao estado de conservação dos dentes e nos casos de ausência de prótese. Portanto, foi realizado mapeamento do sistema de rede (particular e pública) das pessoas atendidas pelo Serviço e verificadas as possibilidades de parceria. O procedimento para os encaminhamentos foi viabilizado pelo profissional Assistente Social que realizou o mapeamento e selecionou os principais tipos de rede para encaminhamentos.

Os casos identificados com alteração na saúde bucal 54% (n=54) foram encaminhados para atendimento odontológico externo ao Serviço.

Abordagem coletiva e individual: Para a disseminação da proposta, foi realizada uma ação coletiva com as pessoas atendidas no Serviço, fomentando a importância da saúde bucal no dia a dia da pessoa com DI que envelhece. Durante essa intervenção, foi realizada uma palestra teórica e prática para os familiares/cuidadores e pessoas atendidas, enfatizando-se a importância da saúde bucal e suas implicações para a saúde geral de uma pessoa e sua qualidade de vida. Na palestra, foi realizado um trabalho com foco na auto-percepção bucal (auto-exame). Para facilitar a compreensão dos conceitos trabalhados na palestra, foi confeccionada uma arcada dentária gigante, uma escova e uma língua. O uso desses recursos objetivou a facilitação para a compreensão das informações durante a palestra e a realização da auto-percepção bucal.

Treino funcional de higienização oral: Como medida prática, foi realizado o treino funcional de higienização oral das pessoas atendidas. Essa abordagem aconteceu no Serviço de Apoio ao Envelhecimento após os períodos de refeições em parceria com a Equipe de cuidadores. Esse procedimento pode ser demonstrado na figura 1 abaixo.

Figura 1: Demonstração do processo de higienização oral antes, durante e após a escovação



Promoção e manutenção da saúde oral: Após a realização dos procedimentos acima citados, foi realizada uma nova palestra para as pessoas atendidas e seus familiares/cuidadores, visando à manutenção dos hábitos adotados e treinados durante a realização do Programa de Prevenção e Promoção de Saúde Bucal da pessoa com DI em processo de envelhecimento.

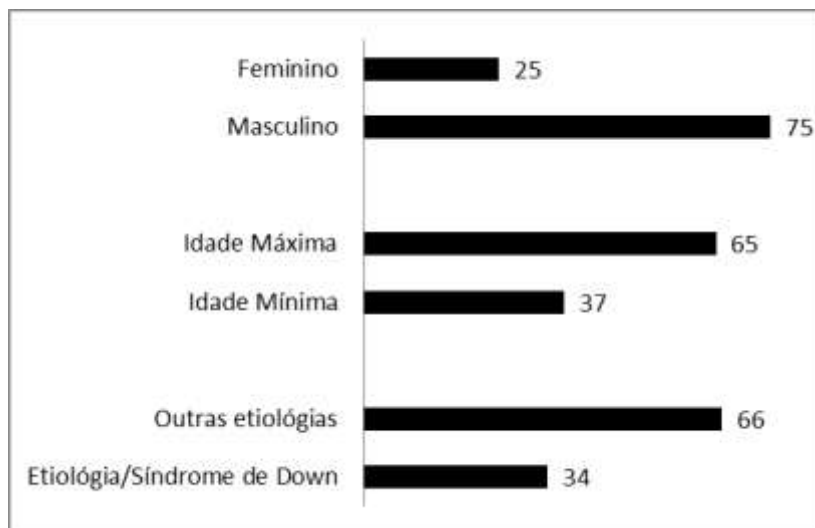
Avaliação para obtenção dos dados

Para a realização da triagem, foi adaptado um protocolo específico, contendo questões semiestruturadas com possibilidades de respostas fechadas (sim/não), abrangendo questões como: Presença e ausência de dentes, oclusão e tipo de oclusão, estado de conservação dos dentes, uso de prótese dentária, higiene oral, presença/ausência de ulcerações e salivação. A avaliação foi realizada por duas Fonoaudiólogas em atendimento individual. O período de coleta de dados aconteceu entre abril de 2012 e maio de 2013.

Resultados

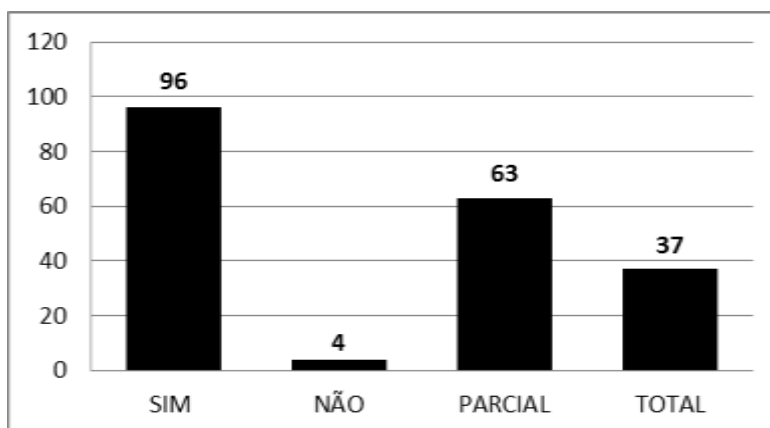
Após a análise dos dados encontrados, foi possível verificar uma prevalência da população do gênero masculino. As pessoas avaliadas apresentavam idade mínima de 37, e máxima de 65 anos, com Deficiência Intelectual de diferentes etiologias, conforme demonstrado na figura 1 abaixo.

Figura 1: Demonstrativo sobre Gênero, Idade e Etiologia da Deficiência Intelectual



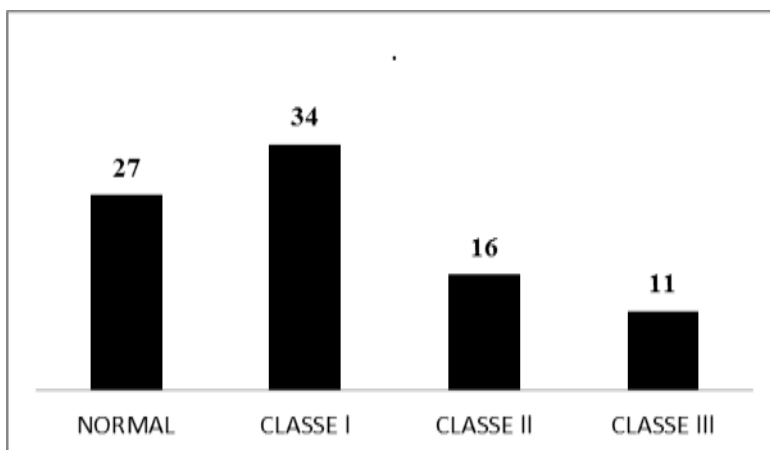
Quando analisada a relação entre presença e ausência de dentes (conforme demonstrado na figura 2), fica evidente a presença total de dentes em apenas 37 pessoas avaliadas.

Figura 2: Presença parcial ou total e ausência de dentes

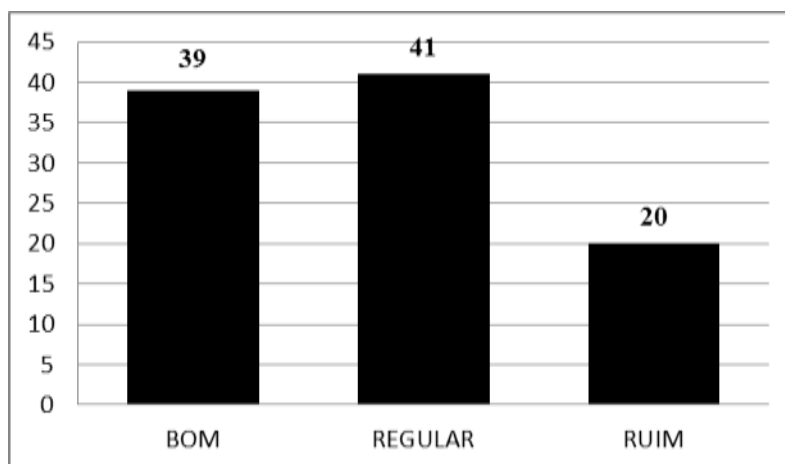


Quando verificada a oclusão dentária das pessoas atendidas, foi possível verificar a oclusão inadequada em 81 dos casos avaliados. Os dados apresentados na figura 3 demonstram o tipo de oclusão encontrada na avaliação intra-oral. Segundo a classificação de Angle, ocorre prevalência da má-oclusão de classe I em 34 dos casos avaliados e má-oclusão de classe II em 16 pessoas. A classificação do tipo normal esteve presente em 27 pessoas e a má-oclusão de classe III em 11 sujeitos.

Figura 3: Tipos de oclusão



Quando verificado o estado de conservação dos dentes, foram observados 39 casos em bom estado de conservação dos dentes; porém, ocorreram 41 casos de conservação regular; e 29 casos categorizados em estado de má-conservação, como demonstrado na figura 4 abaixo.

Figura 4: Estado de conservação dos dentes

De acordo com os resultados apresentados na tabela 1, é possível verificar o uso de prótese dentária por 18 pessoas, sendo que, em 12 casos, utiliza-se a prótese dentária total na região superior e 4 pessoas, na região inferior. Enquanto que o tipo de prótese utilizada pela maioria das pessoas avaliadas é a parcial inferior (n=3). Os casos que utilizam prótese dentária apresentam boa adaptação (n=17).

Tabela 1: Presença ou não de prótese dentária

	Sim	Não
Uso de prótese	18	82
TOTAL SUPERIOR	12	-
TOTAL INFERIOR	4	-
PARCIAL SUPERIOR	2	-
PARCIAL INFERIOR	3	-
BEM ADAPTADA	17	-
MAL ADAPTADA	1	-

Para complementação das informações em relação à triagem de saúde bucal em pessoas com DI em processo de envelhecimento, foram realizadas avaliações relacionadas a outros aspectos que podem interferir na saúde bucal, a saber: 1) Higienização oral: Evidenciado 36% (n=36) casos com higienização oral inadequada e 68% (n=68) casos com higienização oral adequada; 2) Saliva: Foi possível observar normalidade em 90 casos avaliados, presença de xerostomia em 2% (n=2) pessoas, saliva reduzida em 5% (n=5) pessoas; e aumento de saliva em 3% (n=3) casos;

3) Presença de fasciculações/ulcerações na língua: observada a presença de fasciculações em 54% (n=54) das pessoas avaliadas. Os dados apresentados acima sugerem a necessidade de uma abordagem que fomente a importância da higienização bucal para a prevenção, promoção e manutenção da saúde bucal em idosos com DI atendidos pelo Serviço de Apoio ao Envelhecimento.

Discussão

Quando verificada a presença e a ausência de dentes, fica evidente a presença total de dentes em apenas 37 (figura 1) pessoas do total avaliado. Nos casos em que ocorrem presença de dentes, é notável a presença parcial de dentes em 63 pessoas (figura 2). Sabe-se que a ausência de dentes implica e influencia de maneira direta durante o desenvolvimento das funções de mastigação, deglutição e fala do idoso com DI. Esses fatores estão diretamente ligados e podem interferir nos aspectos comunicativos e nutricionais da pessoa com DI em processo de envelhecimento.

A oclusão dentária das pessoas triadas está inadequada em 81% dos casos (figura 3). Enquanto que, segundo a classificação de Angle, ocorre oclusão normal em apenas 27 pessoas. Na pessoa com DI pode correr maior predisposição para a existência de alterações na arcada dentária, principalmente naqueles com diagnóstico de Síndrome de Down. Essas alterações são evidenciadas e discutidas por Loureiro & Costa (2007).

Quando verificado o estado de conservação dos dentes, foi observado mau estado de conservação dentária em 61 dos casos (figura 4). Esse dado corrobora para a necessidade da existência de programas de prevenção e promoção de saúde bucal para essa população; além disso, fica evidente o papel do profissional dentista para implementação de um plano de atendimento regular que considere as necessidades e especificidades da pessoa com DI que envelhece. Vale ressaltar que, nesse aspecto, podem-se discutir questões peculiares à pessoa com DI em processo de envelhecimento, sendo elas: 1) Não valorização dos problemas de saúde bucal por parte de familiares, cuidadores e profissionais da saúde. Isso se deve principalmente à necessidade de assistência médica e do quadro de doenças pré-existentes considerados muito mais graves (Ex.: doenças cardíacas), em que a saúde bucal torna-se um problema pequeno se considerado ao quadro de saúde;

2) A ausência de programas de saúde bucal e a falta de planejamento do envelhecimento da pessoa com DI, considerando-se todas as áreas da vida; 3) Ausência de cuidados e falta de monitoramento na rotina de higienização oral da pessoa com DI ao longo de toda a sua vida.

Em relação ao uso de prótese dentária (tabela 1), foi possível verificar uso desse recurso em 18 pessoas avaliadas. Nesse aspecto, foi observada boa adaptação da próteses em todos os casos avaliados. Na pessoa com DI, esse indicador pode apresentar-se impreciso se não realizado uma avaliação intra-oral específica pelo profissional dentista. Essa imprecisão para obtenção desse dado, deve-se principalmente à existência de comprometimento nas habilidades comunicativas, fundamentais para avaliação do nível de satisfação e adaptação da prótese. Portanto, durante a avaliação desses aspectos, é necessária a adaptação do enunciado por parte do avaliado e a realização de uma inspeção intra-oral mais cuidadosa.

Sendo assim, nota-se a necessidade da existência de outros programas de prevenção e promoção de saúde bucal voltado para a pessoa com DI em processo de envelhecimento. Sabe-se que essa abordagem se faz necessária principalmente nas fases anteriores como na adolescência e vida adulta. Se houver uma abordagem preventiva na saúde bucal dessa população nas fases anteriores da vida, no envelhecimento essas questões de saúde serão menos desafiadoras, possibilitando a elaboração de proposta para manutenção, validando uma intervenção assertiva.

Conclusão

No cenário atual o envelhecimento da pessoa com DI torna-se uma celeiro para implementação de medidas de prevenção e promoção de saúde. Diante dessa realidade, as doenças orais no envelhecimento podem ser consideradas um dos maiores problemas de saúde pública na maioria dos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil.

A ausência de programas de prevenção e promoção de saúde bucal em idosos com DI pode impactar de maneira direta no estado de saúde geral dessa população, resultando em dor, sofrimento e comprometimento da qualidade de vida.

A situação atual apresentada neste trabalho reflete perfis com risco diferenciados para o desenvolvimento de doenças bucais. No entanto, faz-se necessário considerar as diferenças individuais, o histórico de vida, estilo de vida, fatores ambientais e o contexto da própria DI no Brasil, para propor medidas de prevenção e promoção de saúde bucal.

Enquanto isso, as ações de prevenção e promoção de saúde no envelhecimento precisam ser realizadas, mesmo que através de instituições como a APAE DE SÃO PAULO, através do Serviço de Apoio ao Envelhecimento. Instituição essa pioneira no Brasil no que se refere ao atendimento à pessoa com DI que envelhece. As ações desenvolvidas nesse nível básico de saúde contribuem de maneira direta e indireta para o aumento da qualidade de vida da pessoa com DI que envelhece.

O envelhecimento da pessoa com DI no Brasil é um fato comprovado empiricamente no atendimento prático a essa população. Portanto, é imprescindível a existência de programas que contemplem e promovam de fato o aumento da longevidade envolvendo medidas de assistência e cuidados em todos os níveis de saúde ao longo de toda vida.

Referências

Almeida, L. F., de Freitas, E. L., Salgado, S. M., Gomes, I. S., Franceschini, S. do C., & Ribeiro, A. Q. (2015). The "Em Comum-Idade" community intervention project: contributions to the promotion of health among the elderly of Viçosa in the State of Minas Gerais, Brazil. *Ciê. Saúde Colet.*, 20(12), 3763-3774. (doi: 10.1590/1413-812320152012.10082015. PMID: 26691801). Recuperado em 11 maio, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3763.pdf>.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa n.º 265 de 19 de agosto de 2011. *Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos*. Diário Oficial da União, 2011, 22 ago. Recuperado em 30 julho, 2013, de: http://siabi.trt4.jus.br/biblioteca/direito/legislacao/atos/federais/ren_ms_ans_2011_265.pdf.

Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, 8(1), 15-24. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado em 01 junho, 2013, de: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>.

Brasil. (1994). Lei n.º 8.842, de 04 de janeiro de 1994. *Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*. Brasília, DF. Recuperado em 30 julho, 2013, de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/18842.htm>.

- Brasil. (2008). *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso*. Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Diogo, M. J. D'E. (2013). O envelhecimento da pessoa portadora de necessidades especiais. (Cap. 4). In: Neri, A. L., D'E. D., M. J., & Cachioni, M. (Orgs.). *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. (4^a ed.). Campinas, SP: Alínea.
- Fiske, J., & Shafik, H. (2009). Down 's syndrome and oral care. *Dent Update*, 28(3), 148-156. Campinas, SP: Alínea.
- Heller, T., Fisher, D., Marks, B., & Hsieh, K. (2014). Interventions to promote health: crossing networks of intelectual and developmental disabilities and aging. *Disabil Health J*, 7(1 Suppl.), S 24-32. (doi: 10.1016/j.dhjo.2013.06.001).
- Hilgenkamp, T.I., Reis, D., van Wijck, R., & Evenhuis, H. M. (2012). Phisical activity levels in order adults with intelectual disabilities are extremely low. *Res Dev Disabil*, 33(2), 477-483. Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22119695>. (doi: 10.1016/j.ridd.2011.10.011).
- Jennings, D., Seibyl, J., Sabbagh, M., Lai, F., Hopkins, W., Bullich, S., Gimenez, M., Reininger, C., Putz, B., Stephens, A., Catafau, A.M, & Marek, K. (2015). Age dependence of brain β -amyloid deposition in Down syndrome: An [18F] florbetaben PET study. *Neurology*, 84(5), 500-507. Recuperado em 30 maio, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25568295>. (doi: 10.1212/WNL.0000000000001212).
- Kieser, J., Townsend, G., & Quick, A. (2003). The Down syndrome patient in dental practice, part I: Pathogenesis and general and dental features. *N Z Dent J*, 99(1), 05-09. Recuperado em 03 maio, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15330383>.
- Loureiro, A. C. A., Costa, F. O., & Costa, J. E. (2007). The impact of periodontal disease on the quality of life of individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 12(1), 50-54. Recuperado em 17 junho, 2013, de: <https://www.down-syndrome.org/reports/1998/>.
- Machado, A. G. M., & Wanderley, L. C. S. (2012). Educação em Saúde. São Paulo. UNASUS UNIFESP. Recuperado em 17 junho, 2013, de: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. R. (2006). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version]. *Journal of School of public Health & Institute of Public Health Research*, 4(4), 01-12. Recuperado em 17 junho, 2013, de: <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html>.
- Nutbeam, D. (1999). Eficácia de la Promoción de la Salud – Las preguntas que debemos responder. In: *Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud*, 01-11. Madrid, España: Ministerio de la Salud y Consumo.
- Oredugba, F. (2007). Oral health condition and treatment needs of a group of Nigerian individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 12(1), 72-76. Recuperado em 17 junho, 2013, de: <https://www.down-syndrome.org/reports/2022/>. (doi: 10.3104/reports.2022).

Pishkar Mofrad, Z., Jahantigh, M., & Arbabisarjou, A. (2015). Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr*- IR Iran. *Glob J Health Sci*, 8(3), 139-145. (doi: 10.5539/gjhs.v8.n3.p139. PMID: 26493431). Recuperado em 11 maio, 2015, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803959/pdf/GJHS-8-139.pdf>.

Presidência da República. (2006). *Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Recuperado em 17 junho, 2013, de: <http://portal.mj.gov.br/sedh/snepd/convencaoascomdeficienciapdf.pdf>.

Ramos, L. R., & Moscardi, A. (2004). Biologia do envelhecimento da pessoa com deficiência mental. In: Clemente, F. A., & Groth, S. M. (Orgs.). *Envelhecimento e Deficiência Mental: Uma emergência silenciosa*, 1(1), 101-105. São Paulo (SP): Instituto APAE.

Sakellari, D., Belibasakis, G., Chadjipadelis, T., Arapostathis, K.N., & Konstantinidis, A. (2001). Supragingival and subgingival microbiota of adult patients with Down's Syndrome. Changes after periodontal treatment. *Oral Microbiol Immunol*, 16(6), 376-382. Recuperado em 11 maio, 2016, de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1399-302X.2001.160610.x/abstract>. (doi: 10.1034/j.1399-302X.2001.160610.x).

Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. (2011). N.º 186, de 09 de julho de 2008: decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009. (4ª ed., rev. e atual.). Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Silva, S. R. C., & Júnior, A. V. (2000). Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 8(4), 268-271. Recuperado em 11 maio, 2016, de: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v8n4/3553.pdf>.

Sakakibara, K., Kabayama, M., & Ito, M. (2015). Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Res Notes* 8, 827. (doi: 10.1186/s13104-015-1829-x). Recuperado em 11 maio, 2016, de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693422/pdf/13104_2015_Article_1829.pdf. (doi: 10.1186/s13104-015-1829-x).

Tsao, R., Kindelberger, C., Fréminville, B., Touraine, R., & Gerald, B. (2015). Variability of the aging process in dementia - free adults with Down Syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 120(1), 03-15. Recuperado em 03 maio, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25551263>. (doi: 10.1352/1944-7558-120.1.3).

WHO (1986). Carta de Ottawa, pp. 11-18. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa*, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, DF.

World Health Organization's Quality of Life group: Measuring Quality of Life. (1992). Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL).

Recebido em 07/06/2016

Aceito em 30/06/2016

Cláudia Lopes Carvalho - Graduação em Fonoaudiologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. MBA em Gestão Estratégica da Saúde, pela UGF/SP. Especialista em Fonoaudiologia com ênfase em neurolinguística, pela Universidade de São Paulo (USP). Aprimoramento em Gerontologia, pelo Hospital do Servidor de São Paulo. Atua como fonoaudióloga, no Serviço de Apoio ao Envelhecimento da APAE DE SÃO PAULO (SP), Brasil.

E-mail: fonoclaudialopes@gmail.com

Leila Regina de Castro - Graduada em Educação Física pela Escola Superior de Educação Física de Jundiaí (ESEFJ). MBA em Gestão Estratégica no Terceiro Setor pela FMU. Especialista em Dança e Consciência Corporal pela Universidade Gama Filho. Curso de Atualização em Gerontologia, pela Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas (FMUSP/HC). Experiência de 25 anos em Deficiência Intelectual e cinco anos com o envelhecimento deste público.

E-mail: leilacastro@apaesp.org.br

Maria Alayde Lanari Fernandes – Fonoaudióloga. Especialista em Fonoaudiologia, Universidade de São Paulo. Atua como fonoaudióloga, no Serviço de Apoio ao Envelhecimento da APAE DE SÃO PAULO (SP), Brasil.

E-mail: alaydelanari@ig.com.br