UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

CARLOS ALEXANDRE DE CARVALHO

Reabilitação oral do idoso: direito e garantias fundamentais respaldados no estatuto

BAURU
2021

CARLOS ALEXANDRE DE CARVALHO

Reabilitação oral do idoso: direito e garantias fundamentais respaldados no estatuto

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Ortodontia e Saúde Coletiva, opção Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Heitor Marques Honório

Coorientador: Prof. Dr. José Claudio Domingues Moreira

BAURU

2021

De Carvalho, Carlos Alexandre
Reabilitação oral do idoso: direito e garantias fundamentais respaldados no estatuto / Carlos Alexandre de Carvalho. – Bauru, 2021.
121p. : il. ; 31cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. Heitor Marques Honório

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que contribuíram para minha formação acadêmica e a todos os brasileiros que mesmo tendo uma das mais belas Constituições do Mundo no tocante aos direitos humanos e a dignidade humana lutam para sobreviver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pelo dom da vida e por estar presente em todos os momentos;

À minha Nossa Senhora, por nunca me abandonar e junto de seu filho estar sempre ao meu lado;

Aos meus pais, que com muito custo e suor souberam formar o homem que sou;

À minha Grudinha, que com muito amor e paciência soube me entender e sempre esteve ao meu lado, pessoa que me ajudou de forma inigualável, estando sendo sempre;

Ao meu orientador e coorientador, pessoas que contribuíram de forma significativa e de extremo valor para a elaboração desta tese; a todos os meus parentes e amigos que souberam compreender meu distanciamento em decorrência da produção científica;

À FOB e seus servidores, por proporcionar uma capacitação digna de sua história;

E a CAPES por fomentar a pesquisa no Brasil. Um país que sofre com os incentivos e muitas vezes não consegue enxergar o potencial humano. “O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

“Comecemos, pois até agora pouco ou quase nada fizemos”

São Francisco de Assis

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo identificar e analisar os direitos e as garantias fundamentais contidos nas normas constitucionais e infraconstitucionais de proteção ao indivíduo idoso e relacionar com as políticas públicas para reabilitação oral. Além dos fatores que interferem no acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal. O percurso metodológico foi desenvolvido em 3 etapas: a) referencial do direito à saúde e a saúde bucal com base no Estatuto do Idoso e no Programa Brasil Sorridente; b) análise crítica entre as necessidades dos idosos quanto ao uso de próteses, número de próteses dentárias produzidas pelos laboratórios do Centros de especialidades Odontológicas (CEOs) e análise documental; c) análises textuais de normas jurídicas e estudos de práticas discursivas aplicada à legislação Constitucional e Infraconstitucional – textos correlatos a pesquisa. Após coleta de dados e análise crítica, ficou evidenciado que saúde dos idosos não vem sendo contratada conforme determina a legislação Constitucional e Infraconstitucional com suas consequências biológicas e sociais. O Estado assegura na legislação direitos que na realidade pouco oferece, como se observa na necessidade de reabilitação oral da grande maioria de idosos. Embora haja políticas públicas para reabilitação oral do indivíduo, muitos idosos continuam sem ter acesso a este direito. A ausência efetiva da ação estatal no tratamento e prevenção das doenças bucais retiram do cidadão a dignidade humana e prejudica a qualidade de vida. Concluiu-se que a reabilitação oral do idoso é respaldada na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso como direito, mas não vem sendo executada com ampla cobertura. O idoso brasileiro necessita da ampliação do acesso ao tratamento odontológico especializado na rede pública e incentivo educativo nos cuidados com a higiene bucal.

Palavras-Chave: Idoso, Garantias Constitucionais; Dignidade; Direitos Humanos; Constituição Federal

ABSTRACT

Oral rehabilitation of old man law and fundamental guarantees supported in the statute

This research aimed to identify and analyze the fundamental rights and guarantees contained in the constitutional and constitutional infra rules for the protection of elderly individuals and to relate them to public policies for oral rehabilitation. In addition to the factors that interfere in the elderly population's access to oral health services. The methodological path was developed in 3 stages: a) referential of the right to health and oral health based on the Elderly Statute and the Brasil Sorridente Program; b) critical analysis between the needs of the elderly regarding the use of prostheses, number of dental prostheses produced by the laboratories of the Dental Specialties Centers (CEOs) and documentary analysis; c) textual analyzes of legal norms and studies of discursive practices applied to Constitutional and constitutional infra legislation - texts related to research. After data collection and critical analysis, it became evident that the health of the elderly has not been contracted as determined by the Constitutional and constitutional infra legislation with its biological and social consequences. In the legislation, the State guarantees rights that in reality offer little, as can be seen in the need for oral rehabilitation of the vast majority of elderly people. Although there are public policies for oral rehabilitation of the individual, many elderly people still do not have access to this right. The effective absence of state action in the treatment and prevention of oral diseases removes human dignity from the citizen and impairs the quality of life. It was concluded that oral rehabilitation for the elderly is supported by the Federal Constitution and the Elderly Statute as a right, but it has not been carried out with wide coverage. The elderly Brazilian needs to expand access to specialized dental treatment in the public network and educational incentive in the care of oral hygiene.

Keywords: Old Man, Constitutional Guarantees; Dignity; Human rights; federal Constitution

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão de acordo com os respectivos Ministérios e suas ações. 38

Figura 2. Descrição das etapas e respectivas análises desenvolvidas neste estudo. 61

Figura 3. Mapas de associação de ideias que são instrumentos para visualização do repertório linguístico.....73

Figura 4. Percentual da população com perde dentária. (PERES, 2010) 83

Figura 5. Redes de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde de São Paulo 84

Figura 6. Mapa do Estado de São Paulo com o percentual dos habitantes cometidos de CPOD - SB-São Paulo, 2015.....86

Figura 7. Produção de próteses dentárias no SUS, durante o período de 2006-2014. Brasil, 2015 88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de documentos e suas normas relacionadas aos tópicos de direitos e garantias.....63

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANG	Associação Nacional de Gerontologia
ANS	Agência Nacional de Saúde
Art.	Artigo
CF	Constituição Federal
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CPO-D	tem origem nas palavras "cariados", "perdidos" e "obturados", e o D indica que a unidade de medida é o dente
EAP	Equipe de Atenção Básica
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
INE	Identificador Nacional de Equipes
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhorias de Acesso e de Qualidade a Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
RRAS	Redes Regionais de Assistência à Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEAD	Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário da Casa Civil da Presidência da República
STF	Supremo Tribunal Federal
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 REVISÃO DE LITERATURA 19

2.1 Conceito de pessoa idosa 22

2.2 Idoso na História 23

2.3 Direitos e garantias constitucionais 24

2.3.1 Direitos e garantias constitucionais do idoso 29

2.4 Direito à saúde como princípio da dignidade da pessoa humana 30

2.5 Estatuto do Idoso 32

2.6 Política Nacional do Idoso 34

2.7 Políticas Públicas de Saúde Coletiva no Brasil 35

2.8 Políticas Públicas para reabilitação oral 38

2.9 Qualidade de vida e responsabilidade social 41

2.10 A efetivação dos direitos humanos na terceira idade 44

2.11 O Sistema Único de Saúde (SUS) como garantias fundamentais do direito à saúde 45

2.12 Custos com o tratamento odontológico do idoso 47

2.13 As comorbidades em decorrência da não observação da aplicação da norma constitucional 48

2.14 A evidência atestada pelo SB Brasil 2010 – Nossos Idosos edêntulos 50

3 PROPOSIÇÃO 53

3.1 Objetivo Geral 53

3.2 Objetivo Específico 53

4 MATERIAL E MÉTODOS 57

4.1 Desenho do Estudo 57

4.2 Local do estudo 57

4.3 Coleta de dados 57

4.4 Seleção de conteúdos e documentos 58

4.4.1 Critérios de inclusão 60

4.4.2 Critérios de exclusão 60
4.5 Práticas discursivas aplicadas aos documentos 61
4.6 Tópicos selecionados para discussão e análise 62

5 RESULTADOS 67
5.1 1 Etapa 67
5.2 2 Etapa 70
5.3 3 Etapa 73

6 DISCUSSÃO 79

7 CONCLUSÕES 95

REFERÊNCIAS 99

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira vem envelhecendo e sofrendo alterações sociodemográficas. Fato este que aumentou a expectativa de vida, o que resultou no aumento da população idosa no país. A palavra de idoso é de origem latina, substantivo feminino *aetas,* o que corresponde à idade ou espaço de tempo; e "*oso*" como sufixo, correspondendo à abundância. Logo, idoso significa abundância em idade (NEGRISOLI, 2015).

O avanço populacional e o aumento da expectativa de vida dos indivíduos exigem do Estado meios para proporcionar de forma digna uma qualidade de vida à todos, e no caso em tela, o envelhecimento deve ser tratado de forma fundamental a necessidade de proporcionar às pessoas uma velhice com dignidade e qualidade de vida. Desta forma, esta realidade exige que o Estado disponibilize aos cidadãos o mínimo para proporcionar a dignidade humana (Sales et al., 2017). De acordo com o SB Brasil, esta população já tem sido presente e percebida cada vez mais em todas as faixas sociais o que faz com que o Estado proporcione maior ênfase nas áreas da saúde e previdência (Brasil, 2004). O Brasil, possui um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo: O SUS (Sistema Único de Saúde) que é responsável por cobrir amplamente a atenção em saúde nos três entes da Federação (União, Estados e Municípios) desta forma, a gestão Federal da saúde é de competência do Ministério da Saúde. Ao SUS é repassado 15% por cento do orçamento da união, sendo este o principal financiador da rede pública de saúde. Em relação às despesas e repasse com saúde pública, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos, cabendo aos Estados e Municípios, contribuem com a outra metade dos recursos. A competência do Ministério da Saúde restringe-se em nível nacional, à formulação de políticas públicas, mas não realiza as ações. No tocante à realização dos projetos, o mesmo depende de parcerias institucionais que envolvem os entes Estaduais, Municipais, Empresas, Fundações, ONGs, etc. Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS. Enquanto que na União temos a figura do Ministro da Saúde, nos Estados encontramos o Secretário de Saúde, sendo estes responsáveis para a gestão de saúde. O gestor Estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos Municípios, e

os repassados pela União. Cabe aos Estados a aplicação a aplicação de Políticas Nacionais de Saúde, e ainda compete ao ente a elaboração de suas próprias políticas de saúde, ficando assim, o dever legal de coordenar e planejar o SUS de acordo com as necessidades de cada Estado, ficando responsável pela efetiva organização de forma a promover efetivo atendimento em todo território que lhe compete. Ainda existe a obrigação legal municipal. Cada um dos 5570 Municípios Brasileiros, é responsável pela execução das ações e serviços de saúde, no âmbito local. Em âmbito municipal, o gestor local é o responsável pela aplicação dos recursos repassados pela União e pelo Estado. Esta atribuição municipal é responsável pela formulação de suas próprias políticas de saúde, que deve observar de forma legal a parceria para aplicação das políticas promovidas pela União e pelos Estados. O gestor municipal coordena e planeja o SUS nos limites da sua municipalidade, devendo o mesmo respeitar os limites legais para que os entes possam conviver em harmonia. Ainda compete ao gestor municipal a prerrogativa de estabelecer parcerias entre outros municípios, para procedimentos que estejam em níveis de elevada complexidade e acima das condições para atender a população. (Pereira, 2009).

Por se tratar de um direito universal e irrestrito, cabe à União e seus entes proporcionar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) um acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, com tratamento de saúde adequado e efetivo para seu problema, promovendo a humanização do atendimento, sendo este acolhedor e livre de qualquer discriminação, com atendimento que respeite a dignidade da pessoa, seus valores e seus direitos, cabendo aos cidadãos as responsabilidades para que os tratamentos aconteçam da forma adequada, promovendo assim, uma efetiva fiscalização (Brasil, 2004).

O direito à vida é algo inalienável. Neste sentido, o envelhecimento do indivíduo é um direito personalíssimo, sendo certo que sua proteção, é um direito social o qual é dever do Estado garantir aos cidadãos idosos a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável. Além de resguardar seus diretos e garantias essenciais, respaldados pelo estatuto do idoso. A garantia desses direitos está determinada na legislação com o advento do Estatuto do Idoso, na Lei nº 10.741 (Brasil, 2003). Torna-se relevante a realização de estudos que possam elucidar os direitos garantidos pelo Estado e muitas vezes enfrentados pelo Poder Judiciário. Ao longo do ciclo da vida, o indivíduo passa por diversas fases

etárias, culminando naquela inerente a experiência de vida, ou seja, a fase idosa. Deste modo, ele carrega consigo sequelas acumuladas ao longo de sua existência, especialmente aquelas vinculadas a não observação das normas legais de proteção à saúde no tocante a condição bucal. Esta ausência de cuidados com a saúde bucal acarreta ao indivíduo grandes perdas dentárias chegando, em muitos casos, até a ausências total de dentes. Neste caso, há necessidade de reabilitação oral do idoso para que ele possa resgatar a dignidade exigida pela sociedade e assegurada pelas normas constitucionais e infraconstitucionais. A não observação dos cuidados essenciais para a saúdo bucal do homem acarretará ao idoso, problemas de ordem estética, fonética e função mastigatória, interferindo diretamente na qualidade de vida do mesmo, ocasionando as comorbidades físicas, mental e psicológicas. Entretanto, há poucas evidências científicas que relacionem os direitos dos idosos de modo que saúde bucal seja uma realidade, promovendo e possibilitando aos idosos a promoção pelos Sistema Único de Saúde e pelas normas legais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

O processo ou situação de envelhecimento é algo inerente a condição humana. Condição esta que apresenta o processo progressivo com passar dos anos, o indivíduo sofrerá alterações dos padrões sociais, culturais, biológicos e psicológicos. Desta forma, o processo de envelhecimento é uma realidade com significantes transformações na qualidade de vida do indivíduo, promovendo profundas e marcantes mudanças biopsicossociais, causando no idoso um enfrentamento aos desafios cotidianos (CANCELA, 2017).

Em que pese a Organização Mundial da Saúde (OMS), considere o início do ciclo idoso aos 60 anos, esta conjectura deve ser analisada com os fatores vinculados às políticas públicas e condições mínimas adotadas e ofertadas aos cidadãos de cada nação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Contrariando as bases da OMS, a classificação cronológica do idoso pode sofrer variação conforma a infraestrutura socioeconômica de cada nação. Esta classificação de idoso, em países desenvolvidos inicia-se aos 65 anos e não aos 60 anos como nos países em desenvolvimento. Para termos uma singela noção, para Reino Unido, o idoso é todo homem com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais (MEIRELES, 2007).

Em se tratando de infraestrutura aos idosos, o programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, trouxe em seu relatório do ano de 2015 a indicação do Brasil na 75ª posição (PUND, 2014), porém, passados 4 anos, o Brasil despencou 3 posições, ficando atrás de países como Cuba e México, que respectivamente ocuparam as posições 73ª e 74ª (PUND, 2018).

Considerando a importância do envelhecimento, no ano de 2003, o Brasil sanciona a lei 10.741, dispositivo legal que dispõe sobre os direitos do idoso, a importância da legislação é tamanha que recebeu o nome de Estatuto do Idoso. Referido estatuto é considerado um dos melhores textos legais de proteção do idoso, vez que, carrega dispositivos efetivos de proteção e busca efetiva dos direitos daqueles que no Brasil já alcançaram os 60 anos ou mais, promovendo à sociedade

uma norma justa e fraterna, com enfrentamento de questões básicas de ampla repercussão e que no passado já havia sido enfrentada pelo Poder Judiciário como os maus tratos e o acesso básico à saúde, uma conexão com as bases constitucionais da nação tupiniquim

Em seu artigo 2º versa que "O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental, além de seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade". Este tópico vai ao encontro dos princípios do SUS respaldados por 4 diretrizes básicas: a) Universalizar- estender serviços básicos à toda população; b) Descentralizar- estabelecimento de programa, tomada de decisão, inclusive orçamentárias e à execução dos serviços o mais próximo possível da população; c) Integração institucional deve ocorrer por níveis de influência, uma instituição no âmbito federal, uma no estadual e uma só para execução local; e d) Regionalizar- estratificação das ações, com a oferta de serviços básicos para todos e de serviços especializados de maneira seletiva, como a organização do setor odontológico em unidades articuladas entre si a partir das periferias urbanas para centros populacionais mais densos, onde cuidados integrais à saúde devem estar acessíveis aos grupos prioritários do ponto de vista epidemiológico, social e econômico (Pinto, 2013).

É sabido que há diferenças importantes regionais e locais, quanto ao sistema de prestação de cuidados em saúde. Deste modo, torna-se relevante melhorar os padrões de saúde bucal de toda população e reduzir e/ou eliminar as desigualdades de acesso aos serviços odontológicos, o que significa favorecer os grupos economicamente mais carentes e residentes em áreas de risco. Os idosos muitas vezes fazem parte desse grupo desfavorecido e vulnerável (Walls A., et al, 2000). Embora haja grave déficit nessa faixa etária, a maioria sequer busca obter as poucas consultas disponíveis nas unidades de saúde pública, desestimulada pela demora e muitas vezes pela baixa qualidade dos serviços prestados (Fanny Jitomirski. In Pinto, 2000).

O Estatuto do idoso destaca no seu artigo 3.º que "*É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta*

prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária". Ainda em seu parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; III - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso; IV - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações; V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência; VI - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos; VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento; VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

O processo de envelhecimento interfere na qualidade de vida do idoso, uma vez que se relaciona aos aspectos fisiológicos, psicossociais, socioculturais, patológicos, econômicos e ambientais. Essa qualidade de vida influencia diretamente no nível de sua saúde, quanto ao seu enfraquecimento funcional, morbidade e incapacidade (Oliveira ET AL., 2014). Podem ser divididos em 3 grupos: funcionalmente independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes. Está garantido no estatuto do idoso no Art. 9.º que "*É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade*". Por outro lado, no artigo 15 está "*assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos*". Ainda em seu parágrafo 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

2.1 Conceito de pessoa idosa

O conceito de pessoa idosa, deve ser dividida em dois níveis: o primeiro na questão legal, onde o Estado determina e indicada a idade mínima para que o indivíduo seja considerado idoso, assegurando ao cidadão direitos e garantias específicas; já o segundo, é aquele assinalado por DIAS (2007), onde independente dos anos vividos, envelhecer é um processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem sua maneira própria de envelhecer. Sendo assim o processo de envelhecimento é um conjunto de fatores que vai além do fato de ter mais de 60 anos, deve-se levar em consideração também as condições biológicas, que está intimamente relacionada com a idade cronológica, traduzindo-se por um declínio harmônico de todo conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado quanto maior a idade; as condições sociais variam de acordo com o momento histórico e cultural; as condições econômicas são marcadas pela aposentadoria; a intelectual é quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; e a funcional é quando há perda da independência e autonomia, precisando de ajuda para desempenhar suas atividades básicas do dia-a-dia (PASCHOAL, 1996; MAZO, *et al.,* 2007 apud Dias, 2007).

A definição de idoso foi abordada em 1982, quando da realização da Primeira Assembleia das Nações Unidas sobre o envelhecimento da População. Durante assembleia foram elencados e relacionados os fatores vinculados com a expectativa e qualidade de vida do homem, o que resultou na Resolução 39/125.

Em que pese os critérios cronológicos temporais sejam, em níveis legais os mais precisos para indicação do contexto jurídico, podendo delimitar as ações estatais, com as ações de políticas públicas, o fenômeno do envelhecimento também deve ser enfrentado com a análise biológica da população idoso, vez que, existem casos onde a deterioração corporal é mais acentuada que em outros. Onde as apenas ausência de rugas não são sinônimos para uma aplicação de proteção em um corpo debilitado, o que causaria ao Estado a necessidade de uma análise mais precisa de cada cidadão, o que no caso em tela dos países em desenvolvimento é quase utópico.

A velhice não pode ser interpretada como fim de um ciclo pejorativo. Ele deve ser visto como uma fase do desenvolvimento humano, algo parecido com as fases da adolescência e adulta (Bobbio, 1997).

Para alimentar as ideias de antítese no modelo ideal de idoso, segue abaixo um pequeno trecho de VERAS, que servirá para reflexão no modelo ideal de idade mínima para indicação de velhice.

> Quando uma pessoa se tornar velha? Aos 55, 60,70 ou 75 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termo de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto as suas artérias, quanto seu cérebro, quanto seu coração, quanto seu moral ou quanto sua situação civil? Ou é a maneira pela qual outras pessoas passam a encarar as características que classificam as pessoas com velhas? (VERAS, 2009, p.10)

2.2 Idoso na História

A figura do idoso ao longo da história humana é marcada pela forma a qual o indivíduo enxerga o próximo. No passado o homem velho era tido como o ser iluminado, que merecia todo respeito, admiração, sendo o mesmo responsável pela condução de posturas sociais.

> "...os textos etnográficos estão recheados de exemplos de sociedades tradicionais nas quais o papel do idoso é extremamente importante: repositório de conhecimento, depositário da tradição, o velho desempenha numerosos papéis sem os quais tais das sociedades pereceria",(CONCONE, 2005: 137-9)

Diferentes dos textos encontrados nas sagradas escrituras, a Grécia clássica posicionou a velhice como sendo algo subalternos, valorizando a beleza, a forma e juventude dos mais novos. Este posicionamento viria a mudar com as teorias filosóficas de Platão e de demais filósofos contemporâneos que com a auxílio da transmissão do saber incutiram na sociedade uma nova visão de velhice, promovendo aos idosos um status de harmonia, astúcia e juízo. Servindo de base aos Romanos e consequentemente influenciando inclusive nosso modelo de política quando impõe aos representantes do povo idade mínima de 35 anos para ocupar os cargos eletivos de senador e presidente.

O envelhecer de uma forma filosófica deve observar as palavras de Braga (2005)

> O envelhecimento não pode ser visto apenas como um tempo linear, segundo o qual contamos dias, meses e anos, mas o tempo interno em que recolhemos nossas experiências. Um tempo vivido. Um tempo que pertence a cada um e é intransferível. Muitas pessoas têm dificuldade em perceber que a velhice é mais que uma simples sequência de anos e acontecimentos. A vida do idoso não se resume ao tempo de sua juventude, nem às suas lembranças. A vida do idoso continua e sua história pessoal, cruza-se com as histórias de outras pessoas, independentemente da idade. (BRAGA, 2001 p. 91).

Deste modo, com a valorização do homem mais velho, que devemos conhecer um pouco dos direitos e garantias legal.

2.3 Direitos e garantias constitucionais

A temática “Direitos e Garantias” ou “Direitos e Garantias Constitucionais” é tão importante que encontramos em nossa Constituição Federal um título exclusivamente dedicado ao assunto. Trata-se o título II. Esta indicação legal constitucional é codificada por 78 incisos vinculados ao artigo 5º.

Porém para termos uma real noção da abrangência deste direito, devemos nos ater ensinamentos do jurista Alexandre de Moraes, atual ministro do Supremo Tribunal Federal, que há quase uma década aduziu que os direitos fundamentais estão vinculados à dignidade do homem, independentemente do nível de classificação legal.

> O conjunto institucionalizado de direitos e de garantias do ser humano, que tem por finalidade básica o respeito a sua dignidade, por meio de sua proteção contra o arbítrio do poder estatal, e o estabelecimento de condições mínimas de vida e de desenvolvimento da personalidade humana. O importante é realçar que os direitos humanos fundamentais se relacionam diretamente com a garantia de não ingerência do Estado na esfera individual e a consagração da dignidade humana, tendo um universal reconhecimento por parte da maioria dos Estados, seja em nível constitucional, infraconstitucional, seja em nível de direito consuetudinário ou mesmo por tratados e tratados e convenções internacionais. (MORAES, 2011)

Ainda que tenhamos, como já demonstrado neste tópico um único título específico para indicar quais são as garantias constitucionais, devemos entender que estes direitos se estenderem aos demais artigos da carta magma, sendo que em sua

maioria o indivíduo deve seguir as palavras de Ferreira Filho e examinar todos os detalhes do texto legal.

> Nas democracias de opção liberal pouco variam entre si as declarações de direitos. Daí resulta que estudar uma delas é examinar, por assim dizer as outras todas as outras (FERREIRA FILHO, 2015)

Para compreender o modelo atual contido em nossa Constituição devemos entender que somos resultado aprimorado do modelo francês criado ainda durante a revolução de 1789 e aperfeiçoado com a elaboração da declaração universal do homem de 1948. Momentos históricos que promoveram codificações ou postura assegurar o pleno exercício livre humano e que muitas vezes, como bem observado por COMPARATO, 2003, esse (direito/garantia) é algo que deve ser observado independente da consciência ou reconhecimento, pois estão de forma plena ligadas à dignidade da pessoa humana.

> São os direitos que, consagrados na Constituição, representam as bases éticas do sistema jurídico nacional, ainda que não possam ser reconhecidos, pela consciência jurídica universal, como exigências indispensáveis de preservação da dignidade humana (COMPARATO, 2003).

Desta maneira, inexiste a possibilidade de vivermos em uma sociedade justa onde os direitos fundamentais são violados. A manutenção dos direitos e garantias fundamentais assegura uma sociedade digna em sua essência.

> Aqueles direitos advindos com a função de compensar as desigualdades sociais e econômicas surgidas no seio de sociedade seja ela de uma forma em geral, seja em face de grupos específicos; são direitos que têm por escopo garantir que a liberdade e a igualdade formais se convertam em reais, mediante o asseguramento das condições a tanto necessárias, permitindo que o homem possa exercitar por completo a sua personalidade de acordo com o princípio da dignidade humana (MEIRELES, 2008)

Para o jurista italiano Luigi Paolo Comoglio, as garantias fundamentais fazem parte de uma estrutura cujo objetivo é a proteção dos direitos subjetivos de cada uma das partes, sendo que os mesmos serão abordados de forma direta com a interferência do Poder Judiciário, sendo que na visão italiana, o judiciário tem papel fundamental na aplicação das normas (COMOGLIO, 2011).

Um aspecto que merece destaque é o artigo 1º da Constituição Federal, especialmente a questão da dignidade da pessoa humana. De acordo com Van Holthe (2010), a dignidade tem o maior valor jurídico

> "Dos princípios fundamentais do Estado brasileiro contidos no art. 1º da Carta Magna, destaca-se o princípio da dignidade da pessoa humana como valor jurídico de maior hierarquia axiológica do nosso ordenamento constitucional (ao lado, apenas, do direito à vida)" (VAN HOLTHE, 2010).

Diante dos argumentos apresentados, não resta outra dúvida senão a de valorizar a importância dos direitos e garantias constitucionais para que tenhamos uma sociedade cada vez mais justa e fraterna.

Um uma de suas obras, Rothenburg, indaga quais seriam os assuntos mais importante do ponto de vista jurídico e faz uma conexão com os pontos históricos demonstrando a evolução humana como elemento vinculante aos atos do Estado de asseguram os direitos fundamentais, traçando os desafios temporais com a aplicação contemporânea sem desprezar as bases filosóficas aristotélica até a elaboração da declaração dos direitos universal do homem.

> Aquilo que hoje se consideram as primeiras Constituições (ou protoconstituições) prende-se a um conceito material: desde Aristóteles ("A constituição do Estado tem por objecto a organização das magistraturas, a distribuição dos poderes, as atribuições de soberania, numa palavra, a determinação do fim especial de cada associação política.") à Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789 (Art. 16. "Toda sociedade em que não é assegurada a garantia dos direitos nem determinada a separação dos poderes, não tem constituição.") (ROTHENBURG, 2010)

Ainda demonstrando toda clareza na temática, Rothenburg, é enfático quando vincula as condutas normativas da Constituição com os componentes sociais, deixando nítido que não confusão entre as condutas, mas sim, elementos de aplicabilidade das normas onde as relações devem ser respeitadas. Sendo ainda observando quanto a modulação das normas Constitucionais sobre os assuntos fundamentais sendo este assunto demonstrado de forma específica, demonstrando a importância das normas Constitucionais. (Rothenburg, 2010).

Deste modo, a relação das atuações do sistema jurídico com os direitos fundamentais é algo que merece um significativo destaque, vez que, como bem

lecionado por Rothenburg, a obrigatoriedade do direito merece ser respeitada a aplicada.

> Desconsiderar que os princípios já carregam em certo e suficiente significado, e sustentar sua insuperável indeterminação, representa desprestigiar sua funcionalidade em termos de vinculação (obrigatoriedade), continuando-se a emprestar-lhes uma feição meramente diretiva, de sugestão, o que não se compadece, absolutamente, com a franca natureza normativa que se lhes deve reconhecer. (ROTHENBURG, 1999)

Ainda no tocante aos direitos fundamentais, temos nas palavras de Sarlet, o reconhecimento dos direitos fundamentais como frutos da humanidade.

> Além dos aspectos já considerados, importa consignar, todavia, que os direitos humanos e os direitos fundamentais compartilham de uma fundamentalidade pelo menos no aspecto material, pois ambos dizem com o reconhecimento e proteção de certos valores, bens jurídicos e reivindicações essenciais aos seres humanos em geral ou aos cidadãos de determinado Estado, razão pela qual se poderá levar em conta tendência relativamente recente na doutrina, no sentido de utilizar a expressão 'direitos humanos fundamentais', terminologia que abrange as esferas nacional e internacional de positivação (SARLET, 2007).

Em outra obra, o professor SARLET aborda os direitos fundamentais com a visão do direito social, demonstrando a necessidade e exigência da aplicação da norma para efetivação da democracia.

> [...] os direitos fundamentais sociais constituem exigência inarredável do exercício efetivo das liberdades e garantia da igualdade de chances (oportunidades), inerentes à noção de uma democracia e um Estado de Direito de conteúdo não meramente formal, mas, sim, guiado pelo valor da justiça material. (SARLET, 2007)

E um pouco mais a frente na mesma obra, temos a real indicação da necessidade da aplicação do direito fundamental.

> [...] a graduação da carga eficácia dos direitos fundamentais depende, em última análise, de sua densidade normativa, por vezes igualmente vinculada à forma de proclamação no texto e à função precípua de cada direito fundamental. (SARLET, 2007)

Desta forma, fica cristalino a necessidade da aplicação real dos direitos fundamentais de forma ampla sem que haja qualquer impedimento, vez que, o cidadão é dotado de direitos consagrados e como já citado anteriormente, fruto de uma evolução histórica. Logo, qualquer impedimento de aplicação do direito, seria no

caso em tela e concreto, um retrocesso à evolução humana civilizatória de uma forma ampla.

Sobre a questão da evolução civilizatória, temos mais uma vez as sábias e oportunas palavras de Rothenburg, que dita a importância da não redução dos direitos, o que poderia caracterizar um retrocesso, algo inadmissível em uma sociedade dotada de evolução.

> Representando marcos da conquista civilizatória, os direitos fundamentais, uma vez reconhecidos, não podem ser abandonados nem diminuídos: o desenvolvimento atingido não é passível de retrogradação. Há aqui uma proteção traduzida pela proibição de retrocesso, sendo que essa eficácia impeditiva (negativa) é imediata e por si só capaz de sustentar um controle de constitucionalidade (tanto em relação à ação quanto à omissão indevidas) (ROTHENBURG, 1999).

Por esta razão, uma vez apresentada e entregue à sociedade, as prestações ou direitos fundamentais não podem ser retirados ou suprimidos, devendo o Estado promover o mínimo existencial, aplicando aos cidadãos a entrega dos direitos consagrados em lei, principalmente aqueles vinculados aos direitos Constitucionais. Os chamados para alguns de direitos fundamentais sociais.

Sobre esta ótica, a Queiróz, alerta sobre a possibilidade da realidade estatal em frente a quantidade de oferta.

> [...] os direitos fundamentais sociais colocam quase sempre um problema quantitativo: quantos meios de subsistência, quanta inserção, quanto trabalho, que habitação? Tudo isso se reflete nas diferentes 'técnicas' de proteção dos direitos fundamentais sociais, fundamentalmente legislativas, administrativas e jurisprudenciais. (QUEIRÓZ, 2006)

Neste prisma, o "fornecimento" dos direitos devem ter parâmetros prestacionais de forma social inabalável, sendo obrigado o Estado manter a aplicação de meios para disponibilização ampla, sob pena de demonstração de retrocesso de direitos. Garantindo a reserva do possível, razão pela qual, o cidadão deve ter acesso irrestrito aos direitos fundamentais.

2.3.1 Direitos e garantias constitucionais do idoso

Diante do conhecimento da realidade da pessoa com abundância de idade e ante os avanços institucionais e sociais, quis o legislado constitucional coibir meios discriminatórios em razão da idade, além de assegurar proteção especial ao idoso. Ainda é direito consagrado na Constituição a obrigação do Estado em assegurar a participação da família, oferecendo dignidade e bem-estar, bem como lhe garantindo o direito à vida (CF 230). É determinada a adoção de políticas de amparo aos idosos, por meio de programas a serem executados, preferentemente, em seus lares (CF 230 § 1.º). (DIAS, 2016).

Além dos textos constitucionais que asseguram a proteção à vida com classificação de cláusula pétrea, ainda temos no inciso I do artigo 203, especial proteção ao idoso, assegurando proteção e direitos objetivos à todos os que alcançarem a velhice.

Considerando que os tratados internacionais de natureza humana possuem status de norma constitucional, devemos destacar dois tratados voltados aos homens e que contemplam a velhice. O primeiro o pacto de São José da Costa Rica, cuja indicação legal assegura direitos igualitários para uma qualidade de vida:

> "Artigo XXV
> 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle".

Já o segundo, tratado com ênfase nos direitos humanos dos idosos, é o artigo 17 do protocolo De San Salvador, uma norma que vem somar com os direitos já conhecidos, porém muitas vezes não externados.

> Art. 17: Proteção de pessoas idosas
> Toda pessoa tem direito à proteção especial na velhice. Nesse sentido, os Estados Partes comprometem-se a adotar de maneira progressiva as medidas necessárias a fim de pôr em prática este direito e, especialmente, a:
> 1. Proporcionar instalações adequadas, bem como alimentação e assistência médica especializada, às pessoas de idade avançada que careçam delas e não estejam em condições de provê-las por seus próprios meios;

> 2. Executar programas trabalhistas específicos destinados a dar a pessoas idosas a possibilidade de realizar atividade produtiva adequada às suas capacidades, respeitando sua vocação ou desejos;
>
> 3. Promover a formação de organizações sociais destinadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas".

Logo, estas características legais estão vinculadas à complexibilidade da velhice, sendo certo que ser velho, nas palavras de Serau Júnior é um direito fundamental. Algo inerente a condição humana, sendo necessária o reconhecimento da sociedade, pois um dia todos nós seremos idosos.

> A velhice é, de fato, um direito humano fundamental. E é um direito humano fundamental porque ser velho significa dar continuidade a esse fluxo, que deve ser vivido com dignidade. Dessa forma, case se queira que a sociedade avance moralmente, faz-se necessário que se reconheça a velhice como direito fundamental, levando-a, porque dessa forma, as demais faces da vida também estarão protegidas, uma vez que uma velhice digna e longa representa o coroamento de uma vida na qual o homem foi respeitado enquanto ser humano.(SERAU JUNIOR, 2004)

Diante das considerações, doutrinas e legislação, cabe afirmar que nossa Carta Magma vem ao encontro das normas citadas, buscando promover os anseios sociais positivados nos ideais de Ulisses Guimarães quando da criação na nossa da Constituição Cidadã.

2.4 Direito à saúde como princípio da dignidade da pessoa humana

Este trabalho, como já demonstrado busca elucidar os direitos humanos relacionando os aspectos essenciais para a efetivação da dignidade humana. Neste sentido, inexiste possibilidade de uma sociedade digna com violações de preceitos inerentes à vida, especialmente a saúde do homem.

Neste sentido, devemos lembrar que o Brasil possui um dos melhores planos de saúde desenvolvido pelo Estado, o SUS. O sistema único de saúde é uma conquista humanitária que assegura aos cidadãos um auxílio para efetivação das normas constitucionais. Em que pese o SUS seja muito criticado pela ausência de suporte a contento legal, o mesmo deve ser enaltecido pela sua estrutura e respeito à

Constituição, vez que, as diretrizes legais contidas no artigo 196 da Constituição Federal são amplamente "conectadas" aos princípios da lei 8.080 de 1990, - Lei orgânica da Saúde, ou seja, a lei o SUS.

O artigo 196 é um dispositivo genérico sem qualquer discriminação.

> "Art. 196. ***A saúde é direito de todos e dever do Estado***, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ***o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação***".(nosso grifo)

O preceito constitucional é complementado no artigo 2º da lei 8.080/90

> "art. 2º A saúde é ***um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício***". *(*nosso grifo*)*

Sobre o assunto, encontramos em Castro (2005), uma singela crítica de como deve ser a relação do Estado para com seus cidadãos.

> "Corresponde *a* um conjunto de preceitos higiênicos referentes aos cuidados em relação às funções orgânicas e *à* prevenção das doenças. "Em outras palavras, saúde significa estado normal e funcionamento correto de todos os órgãos do corpo humano", sendo os medicamentos os responsáveis pelo restabelecimento das funções de um organismo eventualmente debilitado" (CASTRO, 2005).

Enfrentando os procedimentos vinculados à qualidade de vida com saúde, temos em Humenhuk (2002), a indicação de que a qualidade de vida é um indicador de democracia.

> "A saúde também é uma construção através de procedimentos. (...) A definição de saúde está vinculada diretamente a sua promoção e qualidade de vida. (...) O conceito de saúde é, também, uma questão de o cidadão ter direito a uma vida saudável, levando a construção de uma qualidade de vida, que deve objetivar a democracia, igualdade, respeito ecológico e o desenvolvimento tecnológico, tudo isso procurando livrar o homem de seus males e proporcionando-lhe benefícios". (HUMENHUK,2002)

André da Silva Ordacgy (2007), complementa:

> "inquestionável que esse direito à saúde deve ser entendido em sentido amplo, não se restringindo apenas aos casos de risco à vida ou de grave lesão à higidez física ou mental, mas deve abranger também a hipótese de se assegurar um mínimo de dignidade e bem-estar ao paciente" (ORDACGY,2007).

Diante da temática, é simples verificar que o Estado deve ser responsável pela vida dos cidadãos e demais que nele habitam, deve assegurar a fiel execução das normas constitucionais e infraconstitucionais. A qualidade de vida esta intimamente ligada com a dignidade do homem, que por sua vez, está ligada à democracia. Por esta razão, vinculando ao tema do trabalho, o envelhecimento não é um direito: é um fato da vida; envelhecimento digno é um direito.

2.5 Estatuto do Idoso

O estatuto do idoso visa assegurar a defesa e a proteção de todos os cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos, assegurando a eles, os direitos inerentes a criação de facilidade para preservação de sua saúde, tanto física como mental, de modo a promover o aperfeiçoamento nos âmbitos moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade" (BRASIL, 2003)

Segundo David (2003), o estatuto do idoso contempla cinco áreas da promoção e proteção social do indivíduo, sendo que cada uma delas é vinculada à legislação e atuação jurisdicional. As 5 áreas envolvem: Na esfera constitucional, Direitos Fundamentais; no risco pessoal, Medidas de Proteção; na realidade de regulação das entidades, Políticas de Atendimento; na esfera judicial, Acesso à Justiça; e, na tipificação penal, Crimes em Espécie.

Neste diapasão constitucional, temos as palavras de Alonso que enfatiza a importância da dignidade do idoso:

> O Direito dos Idosos surge como uma alternativa para compensar ou, pelo menos, minimizar os danos causados por uma organização socioeconômica que não valoriza o que nós somos, mas aquilo que nós produzimos. E se não produzimos não somos nada, praticamente não participamos da vida social (ALONSO, 2005)

O estatuto do idoso foi considerado é avanço social em nosso País, pois assegura aos cidadãos com mais de 60 anos a possibilidade de direitos antes não respeitado, promovendo um resgate de humilhações e preconceitos comuns em uma sociedade que ainda carrega elementos feudais.

O acesso à saúde do idoso com ênfase à possibilidade de um acompanhante durante o processo de internação garantiu aos pacientes um conforto a segurança de poder contar com um ente familiar, gerando ao paciente a certeza de estar sendo cuidado e com o suporte daqueles o que amam. Porém, sem nem todos os benefícios e direitos são respeitados, o parágrafo 3º do art. 15, veda qualquer discriminação de valores nas mensalidades dos planos de saúde, uma realidade não aplicada vez que, pois, como observado por Silva (2003), estamos diante de um setor regido pela concorrência de mercado e consequentemente estas normas nem sempre são observadas. Essa questão chegou aos Tribunais Superiores, sendo enfrentado de debatido de forma ilegal qualquer alteração de valores aos usuários de plano de saúde com atinja 60 anos. O recurso especial que contou com o a relatoria da Ministra Nancy Andrighi, merece total transcrição:

> Direito civil e processual civil. Recurso especial. Ação revisional de contrato de plano de saúde. Reajuste em decorrência de mudança de faixa etária. Estatuto do idoso. Vedada a discriminação em razão da idade. O Estatuto do Idoso veda a discriminação da pessoa idosa com a cobrança de valores diferenciados em razão da idade (art. 15, § 3o). Se o implemento da idade, que confere à pessoa a condição jurídica de idosa, realizou-se sob a égide do Estatuto do Idoso, não estará o consumidor usuário do plano de saúde sujeito ao reajuste estipulado no contrato, por mudança de faixa etária [...]. Apenas como reforço argumentativo, porquanto não prequestionada a matéria jurídica, ressalte-se que o art. 15 da Lei no 9.656/98 faculta a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos de saúde em razão da idade do consumidor, desde que estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS. No entanto, o próprio parágrafo único do aludido dispositivo legal veda tal variação para consumidores com idade superior a 60 anos. E mesmo para os contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei no 9.656/98, qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de 60 anos de idade está sujeita à autorização prévia da ANS (art. 35-E da Lei no 9.656/98). Sob tal encadeamento lógico, o consumidor que atingiu a idade de 60 anos, quer seja antes da vigência do Estatuto do Idoso, quer seja a partir de sua vigência (1o de janeiro de 2004), está sempre amparado contra a abusividade de reajustes das mensalidades com base exclusivamente no alçar da idade de 60 anos, pela própria proteção oferecida pela Lei dos Planos de Saúde e, ainda, por efeito reflexo da Constituição Federal que estabelece norma de defesa do idoso no art. 230 [...]. (Resp. no 809.329-RJ, 3a Turma. Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 25.3.2008).

Este julgado, por atender os requisitos de repercussão geral, tornou-se a súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, fazendo do mesmo um verdadeiro marco em nosso ordenamento jurídico Brasileiro.

Retornando a questão social do Estatuto do Idoso, temos as palavras de Almeida (2003), que assevera a visão da sociedade muda com a imposição presente nas leis e que estas são necessárias para demonstrar as mudanças de cultura do homem.

Nesta esteira, dos benefícios sociais, temos Bezerra (2006), que aduz a questão do idoso como algo relacionado não apenas ao poder público, como também à família, sendo que o estatuto proporcionou a todos, a indicação de responsabilidade de cada, possibilitando uma contribuição de forma decisiva e efetiva para a harmonia social – objetivo de qualquer democracia justa e fraterna.

2.6 Política Nacional do Idoso

Uma década antes da promulgação do estatuto do idoso, o então Presidente Itamar Franco sancionou a lei 8.842/94, dispositivo legal que contou as articulação de entidades civis, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), além de entidades técnicas como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e dispõe sobre a política nacional do idoso com a criação do Conselho Nacional do Idoso. A atuação da CNBB foi tão marcante que ainda em 1994, lançou como tema da Campanha da Fraternidade o tema: “A Família como vai?”, promovendo em todo Brasil, uma discussão dos cuidados com os idosos na abordagem da importância dos avós.

Um aspecto que merece destaque é o fato de que em 1994, já havia indicação Estatal da desigualdade social motivada pela idade dos cidadãos, pois encontramos na referida lei diversas citações de promoção à saúde e igualdade, além de determinar a elaboração de normas de serviços geriátricos hospitalares.

Na questão legal, a finalidade da lei é assegurar direitos sociais do idoso, promovendo autonomia, integração e participação.

Como já citado, o dispositivo legal foi fortemente influenciado pela Igreja Católica Apostólica Romana, influencia esta que resultou na criação do parágrafo 1º do art. 230 da CF e na inserção do inciso I do art. 3. Observe a importância dada à família do idoso.

> Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.
> § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.
>
> Art. 3° A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:
> I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

Em que pese a Política Nacional do Idoso, tenha contemplado diversos direitos, em momento algum, contemplou qual órgão coibiria a violação ou quais seria as sanções caso houvesse violação. A proposta da lei citada é ótima, porém com diversas falhas e somente foram corrigidas em 2003 com Estatuto do Idoso.

2.7 Políticas Públicas de Saúde Coletiva no Brasil

O mundo pós segunda grande guerra proporcionou a humanidade diversas normas oriundas após a criação Organização Mundial da Saúde em 1946, sendo ainda na década de 1950, a primeira indicação dos padrões de saúde. Para Trindade (1997, p.17), é de longa dada a atuação do Organização Mundial da Saúde (OMS), foi um marco para os direitos humanos. Referida atuação da OMS possui seu início em 1946 e demonstra a trajetória histórica da saúde no rol dos direitos humanos, afirmando que “a primeira menção à saúde, internacional, enquanto direito fundamental, ocorre na constituição da OMS em 1946, onde se consagra alto padrão de saúde física e mental, sem discriminação”.

A importância da temática “direito à saúde” voltaria aparecer na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, documento que até hoje é referência para criação de políticas públicas. O artigo 25 merece todo respeito e transcrição:

> Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (ONU, 1948).

Já na década de 1970, ocorreu o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais faz referência ao declarar que toda pessoa tem direito de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental (ONU, 1966).

Passados mais de 10 anos, a Declaração de Alma-Ata (1978), documento elaborado em setembro daquele ano junto à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, o qual delineou o direito à saúde da seguinte forma:

> A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (OMS, 1978).

Estes elementos internacionais proporcionaram a criação da Constituição Cidadã de 1988, gerando à nação descoberta por Cabral políticas públicas humanitárias com a busca efetiva da proteção humana.

Desta maneira, temos no Brasil a citada norma Constitucional, onde a Saúde é um direito de todos e dever do estado (art. 196); 1990. Após o período de promulgação da nova constituição, em 1990, houve a criação do SUS, Sistema Único de Saúde, que ocorreu através da lei 8.080. Diante da criação do SUS, a sociedade pode participar na elaboração das políticas sociais de saúde pública, vez que, pelo fato do sistema ser tripartite, os usuários, reunidos na forma de representação direta elegem os integrantes dos conselhos gestores, sendo que estes membros se tornam delegados nas conferências municipais, estatuais e federal. Estas conferências tem o objetivo de formular políticas públicas para implementação na saúde, devendo os gestores seguir as diretrizes deliberada a aprovada em assembleia durante as conferências.

O princípio de que a saúde pública está vinculada às políticas sendo o gestor obrigado a com cumprir com diretrizes, sendo muitas vezes omisso ou negligente, e que por lei a União, Estados, Distrito Federal e Munícipios, devem investir percentual mínimo na saúde, sendo que de acordo com a lei 141 de 2012, estes gastos devem atender percentuais na seguinte ontem: União, o valor do ano anterior somado da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); Estados e Distrito Federal deverão corresponder a 12% de sua receita; Municípios, o percentual é de 15%, ainda assim, encontramos uma verdadeira enxurrada de processos no Poder Judiciário, vez que, o

cidadão jurisdicionado está sem o respaldo legal de proteção à sua saúde. Deste modo, a Judicialização acaba prejudicando não apenas os demais processos como também demonstrando como nossos gestores não falhos na condução das políticas de saúde pública no âmbito coletivo. A importante decisão do Supremo Tribunal Federal merece todo destaque, pois demonstra como nossa Nação não gere de forma correta as políticas públicas de saúde coletiva, deixando de existir modelos plenos de prevenção com acesso para todos. Não adiante existir o modelo e ele ao ser executado ou replicado de uma forma ampla.

> "O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa institucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado" (RE 267.612 – RS, DJU 23/08/2000, Rel. Min. Celso de Mello).

Em que pese, tenhamos uma Constituição Cidadã com mais de 30 anos, com elementos humanitários que obrigaram a elaboração de políticas públicas de saúde coletiva, poucos projetos atendem a população de uma forma ampla, dentre eles podemos citar o Programa Brasil Sorridente, ação governamental de abrangência nacional pois integra junto com o ministério da Saúde 8 ministérios, cabendo a cada um deles a condução de acordo com a pasta, conforme quadro indicativo abaixo:

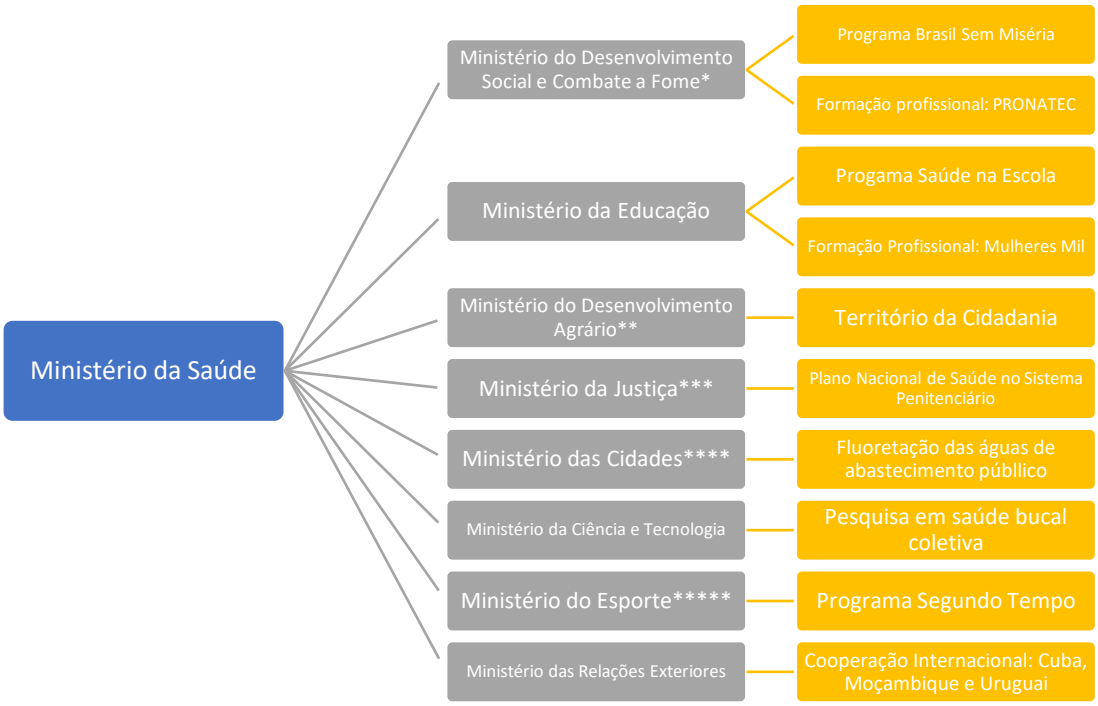

Figura 1. Divisão de acordo com os respectivos Ministérios e suas ações.

* Atualmente, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, foi incorporado ao Ministério da Cidadania
** Em 2016, O Ministério do desenvolvimento agrário foi transformado em Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário da Casa Civil da Presidência da República (Sead);
*** O mais antigo ministério do Brasil, o Ministério da Justiça, foi transformado em 2019 no Ministério da Justiça e Segurança Pública;
**** Criado em 2003, o Ministério das Cidades deixa de existir em 2019 quando da fusão com o Ministério da Integração Nacional, tornando o Ministério do Desenvolvimento Regional;
***** Ministério dos Esporte foi incorporado em 2019 ao ministério da Cidadania.

Entretanto, enquanto houver no Brasil municípios sem rede de esgoto, água encanada, surtos de doenças tropicais como a dengue e o Zika vírus e enquanto não tivermos no Brasil educação alimentar para evitar a obesidade, um cuidado bucal amplo, não haverá uma nação atenta às necessidades sociais, não teremos políticas públicas de saúde coletiva.

2.8 Políticas Públicas para reabilitação oral

Diante da necessidade de fornecer aos cidadãos o mínimo exigido pela Constituição Federal, em 2004, o Brasil lançou o programa “Brasil Sorridente”. Um programa de atenção básica bucal que visa ampliar o atendimento odontológico via sus, promovendo a prevenção e recuperação da saúde bucal de população brasileira.

Dentre as diretrizes elencadas no programa estão a implementação de equipes de saúde bucal na estratégia da Saúde da Família, implementação e ampliação de centros odontológicos e laboratórios de próteses dentárias regionalizados, além de ampliação a assistência hospitalar (BRASIL, 2004).

A abordagem ocorre através da interação dos programas federais: programa Saúde na Escola, programa Brasil Sem Miséria, Programa Nacional para Pessoas com deficiência. Em 2007 é criado o programa Saúde na Escola. Este programa integra ações sociais e políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral (BRASIL, 2007); já o programa Brasil Sem Miséria, foi criado em 2011, e tem viés de retirar os cidadãos da linha da pobreza, sendo utilizado como base pessoas que vivem com menos de R$ 70,00 reais por mês. Pelo programa, os assistidos receberiam orientações na condução da saúde bucal. Até a presente data não houve divulgação de resultados do percentual de pessoas que permanecerem nos programa e quantas ingressaram; quanto ao Programa Nacional para Pessoas com deficiência, devemos notar que foi criado em 2002 e é voltado para pessoas com deficiência e sua característica é reconhecer a necessidade de melhoria no processo de respostas e cuidados no Sistema Único de Saúde, promovendo a implementação de atenção básica ampla para todos os pacientes e assistidos (BRASIL, 2002).

A ausência da nos cuidados bucais do adulto, resultaram em diversos estudos voltados a atestar a situação da saúde dos idosos. Deste modo, de acordo com Barbato & Peres, (2015), o edentulismo total foi mais observado no grupo de idosos institucionalizados, sendo 47,50% e de desdentados parciais 52,50%. E ainda concluem que a exclusão das instituições para idosos nas políticas publicas torna-se um fator representativo das piores condições bucais nesse grupo populacional. Para Sampaio et al, (2016), estudos comprovam alta prevalência do edentulismo, sendo que estes fatores refletem na qualidade de vida e denuncia a ausência de programas eficientes para combater estas mutilações bucais. Outro fator importante demonstrado é a ausência de prótese dentária na população idosa em 68,35% e aqueles que possuíam prótese, 52,00% consideram ruim, sendo que 47,62% estavam com a mesma prótese há mais de 10 anos.

Sobre a temática, Giordani et al. (2011), enfatiza que a reabilitação protética promove ao idoso, integração social e garante qualidade de vida vez que, os efeitos da mastigação estão em plena harmonia, fazendo com que idoso, possa ter uma digestão, degustação e estética melhorada.

Para Mello, et al. (2007), os idosos mesmos que institucionalizados, encontram-se excluídos de políticas públicas, principalmente na área bucal. E complementa a passividade do Brasil em ser omisso e não agir de forma condizente com os programas e legislação vigente enfatizando a não observação do crescimento populacional para vinculação aos serviços da rede de atendimento primário.

Infelizmente, o modelo atual de políticas públicas faz coro com as palavras de Bourdieu, (2014), que de forma sutil, define a situação apresentada na temática abordada neste tópico:

> O Estado é essa ilusão bem fundamentada, esse lugar que existe essencialmente porque se acredita que ele existe. Essa realidade ilusória, mas coletivamente validada pelo consenso, é o lugar para o qual somos remetidos quando regredimos a partir de certo número de fenômenos – diplomas escolares, títulos profissionais ou calendário. De regressão em regressão, chegamos a um lugar que é fundador de tudo isso. (BOURDIEU, 2014)

O alerta apresentado nos dados e criticados na citação é para uma melhor análise do papel do Estado. Ele não pode continuar a enganar os cidadãos, os atos descritos nas normas devem ser implementados e efetivamente executados.

A deficiência apresentada nos dados demonstra que até a presente data não houve a implementação plena do item 6.4. das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, elementos criados pelo Ministério da Saúde e que merece inteira transcrição para um detalhamento crítico da situação

> 6.4. Inclusão da reabilitação protética na atenção básica
> Considerar em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clinica da instalação de próteses dentária elementares. Assim será possível avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentarias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população.
> A viabilização dessas possibilidades implica suporte financeiro e técnico específico a ser proporcionado pelo Ministério da Saúde que:
> a) Contribuir para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões;

> b) capacitará Técnicos em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliares de Prótese Dentária (APD) da rede SUS, para a implantação desses serviços. (BRASIL, 2004)

Diante dos fatos e documentos, resta uma análise crítica reflexiva de como nosso País deixa de atender seus cidadãos.

2.9 Qualidade de vida e responsabilidade social

Ao longo deste trabalho, abordamos a questão da dignidade humana. Um direito consagrado por lei e diversas veres repetidos em decretos, normas e porque não propagandas do Estado. Entretanto o que pouco ou quase nada é abordado é o resultado da dignidade humana: a qualidade de vida. Deste modo, considerando que todos tem o direito de usufruir de uma qualidade de vida plena e que o Estado é responsável pelo franqueamento deste direito, cabe a ele a responsabilidade de implementação sob pena de arcar com os efeitos da irresponsabilidade social produzida.

Neste sentido, temos nas palavras de Pinell (2011), a indicação plena da importância da implementação das políticas públicas para promoção de uma sociedade digna e com qualidade de vida.

> A construção social de um problema como problema é um processo cuja evolução é determinada pela dinâmica de alianças entre grupos sociais que têm todos eles, interesse em que esse problema seja reconhecido sem que tenham exatamente o mesmo ponto de vista nem sobre o que ele é, nem sobre as medidas a tomar e que, portanto, para se aliar devem negociar sua definição. (PINELL, 2011)

As medidas adotadas pelo Estado devem ser pautadas nos modelos condizentes com a evolução humana, impedindo que em pleno século XXI encontremos cidadãos que lutem pelo direito mastigatório pleno.

As mudanças abordadas por Cruz et al., (2011), exigem uma sociedade mais atente vez que, o cenário político e econômico lançou o homem a uma nova realidade social, onde as cobranças estão cada vez mais exigentes, com ambientes mais segregados e consequente cobrança por resultados. Logo, um cidadão, com debilitação não conseguirá atender as exigências mercadológicas sofrendo as

consequências de uma péssima qualidade de vida. Aumentando os argumentos temos Walton (1975) que há quase meio século afirmou a importância da qualidade de vida, relacionando a responsabilidade dos agentes responsáveis como aqueles que não devem deixar de agir para cumprir suas obrigações. Para Limongi-França (1996), as ações sociais melhoram a qualidade de vida do homem, tornando-o mais saudável e produtivo.

O homem moderno não possui mais a mesma condição do início da era. A sociedade contemporânea possui um cidadão mais exigente, porém muitas vezes sem a capacidade de cobrança correta. O sociólogo Srour (1998), demonstra a evolução humana, porém apenas com vinculação de trabalho o que se comprova esta apatia por exigir seus direitos:

> Ora o que confere sentido a chamada crise da sociedade industrial? Seria o domínio do setor terciário que delineia uma nova sociedade de serviços? Ou ainda: o caráter volátil do capital especulativo, à procura de lucros fáceis em qualquer quadrante do planeta, dada a instantaneidade das comunicações globais? A conversão da produção padronizada, destinada a mercados de massa, em produção flexível, voltada para mercados segmentados? O vertiginoso declínio do operariado na população economicamente ativa, a exemplo do campesinato em vias de extinção? A generalizada perda da importância relativa da força de trabalho física para a força de trabalho mental? A absorção generalizada das mulheres no mercado de trabalho? A passagem da remuneração da mão de obra calculada em horas despendidas para a remuneração variável vinculada aos resultados obtidos? A redução dos postos de trabalho em função da informatização, da automação e da robotização dos processos produtivos? A globalização do fornecimento de insumos e de componentes, compondo produtos mundiais e transcendendo fronteiras? As tendências à “precarização” do trabalho – explosão do mercado informal, emprego em tempo parcial, trabalho temporário, trabalho autônomo complementar ou eventual – levando à dissociação entre crescimento e emprego? (SROUR, 1998).

Neste compasso da crítica estatal, temos Fiori (2009) que analisa a função do Estado, elucidando o papel daquele de deve assegurar os direitos e consequentemente a qualidade de vida, traçando uma singela comparação com o modelo europeu com o latino americano.

> [...] a pesquisa comparada sobre as politicas sociais soube identificar claramente a enorme diferença que separava o assistencialismo e as várias formas prévias de ajuda mútua do novo sistema securitário e compulsório que nasce nos anos 80 do século passado. O que o distinguia foi o fato de propor medidas e praticas permanentes; assentar-se sobre um núcleo institucional diferenciado; concentrava-se sobre trabalhadores masculinos e os obrigava à contribuição financeira compulsória e, finalmente, institucionalizava procedimentos

> completamente diferentes dos que foram utilizados pelo assistencialismo prévio. Nascia ali um novo paradigma, conservador e corporativo, onde os direitos sociais, definidos de forma contratual, eram outorgados "desde cima" por um governo autoritário que ainda não reconhecera os direitos elementares da cidadania política. Modelo que se generalizou pela Europa, como no caso do assistencialismo inglês, mas que acabou tendo, também, enorme influência na construção conservadora dos sistemas de assistência e proteção social que se multiplicaram na periferia latino-americana durante o século 20, mas sobretudo depois de 1930 (FIORI, 2009).

Fiori critica e destaca o modelo e função do estado em exigir direitos e garantias. Ele afirma que cabe aos cidadãos juntamente com sua família demonstrar o descontentamento.

No passado, o Estado se valia dos préstimos religiosos para promoção social. As obras ofertadas pela Igreja Católica forneciam ao gestor público um “conforto” por não ser um bom administrador. As palavras de Sposati (1988), evidencia esta postura:

> A assistência social privada, agraciada como benesses estatais, era a forma transfigurada com que o poder público insinuava assistir à miséria [...] sustentada pela Irmandade de Misericórdia, forma combinada do público e privado, do religioso e leigo [...] (SPOSATI, 1985).

Para Rico (2002), o crescimento desorganizado fez com que o Estado perdesse o “controle”, aumentando a insegurança econômica.

> “...geraram um aumento de oportunidades para uma parcela significativa de cidadãos, mas, por outro lado, influenciaram no crescimento desordenado da pobreza e da desigualdade, na inseguranças econômica, no deslocamento social e na degradação ambiental, para outros. A obtenção do crescimento econômico nesse novo mundo, sem abandonar as metas de redução da pobreza, da coesão social e da sustentabilidade ambiental, torna-se o principal desafio para quase todos governos, neste início de século.” (RICO, 2002).

Estes avanços não podem ser objetos para prejudicar o desenvolvimento humano de forma digna e com qualidade de vida.

Por esta razão, para que o cidadão tenha uma vida com dignidade, a qualidade de vida deve ser objeto de estrema valia social, onde o agente público reconheça os limites da responsabilidade, sob pena de sofrer as sanções vinculadas ao art. 37 da Constituição Federal.

2.10 A efetivação dos direitos humanos na terceira idade

Ser idoso é uma dádiva que muitas vezes não é respeitada como determina a legislação. A efetivação de direitos é algo muito distante da realidade apresentada nos documentos sancionados. Para termos uma singela noção, o art. 15 do Estatuto do Idoso garante aos cidadãos o direito de receber do Poder Público gratuitamente medicamente e demais bens necessários para sua saúde, inclusive próteses. Logo, por qual motivo temos dados concretos de idosos desprovidos de dentes? Será que nossa nação esta atenta aos elementos Constitucionais e infraconstitucionais básicos que tratam do envelhecimento como um fato natural pelo qual o estado deve zelar. Para Pessoa (2009), o Estado deve oferecer meios para que os idosos possam ter uma vida ativa e independente.

> O envelhecimento, tanto como processo natural do ciclo da vida, como fenômeno coletivo é permeado de diferentes e complexos aspectos que demandam a intervenção do Estado sob o controle da sociedade. O mecanismo mais viável para atender essas demandas é a elaboração e implementação de políticas públicas que se destinam a concretizar direitos deste segmento, e, sobretudo que sejam capazes de permitir à pessoa idosa o exercício da cidadania ativa. (PESSOA, 2009)

Logo, temos em Bobbio (1992), a indicação mais ampla da aplicação do direito, onde cabe ao Estado a efetivação do mesmo, não importando para quer seja.

> Com efeito, o problema que temos diante de nós é jurídico e, num sentido mais amplo, politico. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das declarações solenes, sejam continuamente violados... Com efeito, pode-se dizer que o problema do fundamento dos direitos humanos teve sua solução atual na Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948 (BOBBIO, 1992).

E conclui afirmando que o Estado vem implantando políticas neoliberais, esquecendo do cidadão.

> O campo dos direitos fundamentais tem estrada desconhecida, e, além do mais, numa estrada pela qual trafegam, na maioria dos casos, dois tipos de caminhantes, os que enxergam com clareza, mas têm os pés presos, e os que poderiam ter os pés livres, mas têm os olhos vendados. É necessário que esses direitos não fiquem à mercê das autoridades públicas (BOBBIO, 1992)

Deste modo, a efetivação dos direitos humanos na terceira idade esta ligada a aplicação fiel da legislação.

2.11 O Sistema Único de Saúde (SUS) como garantias fundamentais do direito à saúde

O Constituinte de 1988 trouxe elementos humanitários de valia social para promoção humana. Os dispositivos constitucionais presentes nos artigos 196 e 198, definem o Sistema Único de Saúde de forma ampla e universal, onde "A saúde é **direito de todos** e **dever do Estado**, garantido mediante politicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" e o "**atendimento integral**" (art. 198, II)

O princípio da universalidade tem por escopo exigir do Estado condições necessárias para o acesso universal e irrestrito. O artigo 7º da lei 8.080/90, confere a "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência". Ditamos análogos aos presentes no art. O artigo 198, II, estabelece que "as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;".

Asensi, (2013), assevera a importância do princípio da igualdade, universalidade e integralidade. Elementos que carregam as bases para uma sociedade com políticas públicas de saúde completa:

> "....se traduz na ideia de que o indivíduo deve ser visto como uma totalidade bio-sociopsíquica, além de ter direito aos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade de forma humanizada. Ao mesmo tempo, tal princípio preconiza que os problemas de saúde vão além da mera presença ou ausência de doença, pois envolvem condicionantes sociais de múltiplas naturezas. Buscou-se, ainda, promover medidas que afastassem a exclusividade da noção de especialidade médica no cuidado em saúde, de modo a constituir uma atenção em saúde mais integral, que considerasse o usuário como um sujeito participe do seu processo de prevenção, proteção e recuperação" (Asensi, 2013)

Ainda que o SUS contenha princípio da universalidade e que ele é pautado nas bases constitucionais, muitas vezes o jurisdicionado é socorrido ao Poder Judiciário para encontrar meios da efetiva aplicação legal. As palavras do jurista Luís Roberto Barroso, o judiciário deve enfrentar os problemas sociais. (BARROSO, 2012).

> Por essa razão, o STF deve ser deferente para com as deliberações do Congresso. Com exceção do que seja essencial para preservar a democracia e os direitos fundamentais, em relação a tudo mais os protagonistas da vida política devem ser os que têm votos. Juízes e tribunais não podem presumir demais de si próprios – como ninguém deve, aliás, nessa vida – impondo suas escolhas, suas preferências, sua vontade. Só atuam, legitimamente, quando sejam capazes de fundamentar racionalmente suas decisões, com base na Constituição. Nessa linha, cabe reavivar que o juiz: (i) só deve agir em nome da Constituição e das leis, e não por vontade política própria; (ii) deve ser deferente para com as decisões razoáveis tomadas pelo legislador, respeitando a presunção de validade das leis; (iii) não deve perder de vista que, embora não eleito, o poder que exerce é representativo (i.e, emana do povo e em seu nome deve ser exercido), razão pela qual sua atuação deve estar em sintonia com o sentimento social, na medida do possível. Aqui, porém, há uma sutileza: juízes não podem ser populistas e, em certos casos, terão de atuar de modo contramajoritário. A conservação e a promoção dos direitos fundamentais, mesmo contra a vontade das maiorias politicas, é uma condição de funcionamento do constitucionalismo democrático. Logo, a intervenção do Judiciário, nesses casos, sanando uma omissão legislativa ou invalidando uma lei inconstitucional, dá-se a favor e não contra a democracia.
> Ele nem sempre dispõe das informações, do tempo e mesmo do conhecimento para avaliar o impacto de determinadas decisões, proferidas em processos individuais, sobre a realidade de um segmento econômico ou sobre a prestação de um serviço público. Tampouco é passível de responsabilização política por escolhas desastradas. Exemplo emblemático nessa matéria tem sido o setor de saúde. Ao lado de intervenções necessárias e meritórias, tem havido uma profusão de decisões extravagantes ou emocionais em matéria de medicamentos e terapias, que põem em risco a própria continuidade das politicas públicas de saúde, desorganizando a atividade administrativa e comprometendo a alocação dos escassos recursos públicos. Em suma: o Judiciário quase sempre pode, mas nem sempre deve interferir. Ter uma avaliação criteriosa da própria capacidade institucional e optar por não exercer o poder, em autolimitação espontânea, antes eleva do que diminui.” (BARROSO, 2012)

Como podemos notar, em que pese a legislação seja uníssima na obrigação da efetivação dos direitos, muitas vezes, a real efetivação se concretiza com interferência necessária do Poder Judiciário.

2.12 Custos com o tratamento odontológico do idoso

Assim como os demais tratamentos de saúde, o tratamento odontológico pode agir na forma preventiva ou repressiva. A forma preventiva assegura ao paciente idoso elementos que auxiliam na inexistência do dano permanente que é a perda dentária. Logo, considerando o dano permanente, qualquer valor é incapaz de assegurar o pagamento do dente perdido.

Associada a perda dentária, o tratamento odontológico se realizado de forma preventivo assegura ao idoso uma velhice com qualidade de vida, onde os dentes possuem efetiva resposta na função biológica do homem; Por outro lado, quando o tratamento ocorre de forma repressiva, o custo de tratamento não ficará restrito apenas aos valores mercadológicos do cirurgião dentista, pois certamente, a ausência dos dentes acarretará ao indivíduo comorbidades que geram dano e prejuízo não apenas ao idoso como também para o Estado.

Atualmente, mesmo com todas as normas vinculadas à lei de acesso à transparência, poucas informações são apresentadas no tocante aos gastos com o tratamento odontológico. Para termos uma singela noção da realidade os últimos dados discriminados em relação aos repasses de verbas são do ano de 2010, sendo que ainda é possível a identificação parcial dos gastos com a saúde bucal de uma forma geral, sendo que até 2005, o tesouro nacional repassou para o programa Brasil mais de R$ 1,2 bilhão de reais e mais R$ 2,7 bilhões para o período compreendido entre os anos de 2007 e 2010. Os dados apresentados pelo governo federal são discriminados de forma individual diretamente ao fornecedor ou entidade, prejudicando a apresentação dos resultados vez que, em diversos pagamentos uma única empresa forneceu equipamentos de saúde que tanto podem ser utilizados para os tratamentos hospitalares quando para os odontológicos. Desta maneira, não há como aduzir qual a valor preciso do tratamento odontológico do idoso

2.13 As comorbidades em decorrência da não observação da aplicação da norma constitucional

O processo mastigatório é essencial para nutrição dos seres humanos e vital para o idoso que devido o estado avançado da idade, necessita do máximo de alimentos (NAGAO, 1992). Esse envelhecimento provoca no idoso, mudanças nos hábitos mastigatórios que podem ser influenciados pelas frequentes cáries, doenças periodontais, próteses irregulares ou a ausência de dentes, comprometendo o processo digestivo (NOGUÉS, 1995; HAYFLICK, 1996).

Os dentes naturais, quando bem tratados podem permanecerem em funcionamento ao longo da vida (DUNKERSON, 1998). Entretanto, quando inexistem os cuidados necessários, a perda dos mesmos é certa, sendo certa de que as principais causas de ausência dos dentes e/ou uso de prótese na terceira idade está associada a cáries não tratadas, problemas que podem ser tratados. Toda via, quando inexiste o tratamento, o idoso sofrerá com os resultados iniciando-se com a perda do apetite, tendo como consequência as comorbidades relacionadas à desnutrição ou nutrição irregular, conforme leciona Cormack (1998). Para Shuman, (1998), as dentaduras representam uma deficiência na ordem entre 75 a 85% na capacidade mastigatória, quando se comparado com os dentes normais, levando a redução no consumo de frutas, vegetais e de carnes, pois as próteses tendem a dificultar o processo mastigatório facilitando e induzindo o cidadão ao consumo de produtos pobres em fibras, vitaminas e minerais, elementos inadequados para uma boa nutrição.

O programa de edentulismo é um problema de ordem mundial. Nos estudos apresentados por Ettinger (1993), demonstrou que a população mais velha deixa de frequentar os dentistas com as mesmas frequências que com os médicos. O estudo observou o comportamento da população norte americana e europeia e aferiu a distanciamento dos dentistas na conforme aumente o número de perda dentária. Logo transportando para a realidade tupiniquim, os comportamentos são análogos, porém com um diferencial: os cidadãos brasileiros possuem o direito de acesso à saúde, entretanto, a ausência desta observação prejudica a qualidade de vida do idoso.

A cárie dentária é a principal patologia encontrada, sendo que o índice de dentes perdidos, cariados e obturados por idoso, de acordo com Carneiro (2001), obteve um CPOD de 30,51, tendo média de 2,5. Estes valores condizem com o último levantamento completo brasileiro onde o levantamento epidemiológico apontou um CPOD de 27,8 para a faixa etária de 65 a 74 anos. (BRASIL, 2004).

Associado às doenças de fáceis diagnósticos, a ausência de cuidados bucais pode acarretar em danos cardíacos, gerando no indivíduo uma situação de cardiopatia antes inexistente.

> "Bactérias agressivas, especialmente quando presentes em grande quantidade podem comprometer até mesmo um individuo sem alterações cardíacas predisponentes. Pacientes com deficiência de higiene oral, mesmo em ausência de manipulação pelo profissional podem predispor a bacteremia transitória e servir de foco de infecção para endocardite bacteriana." (MIYOSHI, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, apenas em 2009, o Brasil contava com 6 milhões de cidadãos aguardando o recebimento da prótese odontológica no modelo de dentadura, sendo parte integrante de um universo de 30 milhões de pessoas. (BRASIL, 2009). Este edentulismo, como já citado é um problema de ordem social, cultural e econômico, um problema que pode gerar ao idoso abalo significativo na qualidade de vida.

> A saúde oral em pacientes completamente edêntulos é um fator significativamente importante na qualidade de vida, nutrição, nas interações sociais e na saúde sistêmica de pessoas que usam próteses totais. Ainda que geralmente não ameace a vida, a presença do biofilme bacteriano oral em dentaduras completas, tem sido associado a estomatites, assim como a condições sistêmicas mais sérias, especialmente em idosos dependentes. (SANTOS; THIVES,2011).

Importante salientar que a ausência de dentes ainda pode acarretar cefaleia, dores na região do pescoço e disfunção de articulação, comprometendo inclusive a fala, causando ainda danos psicológicos e funcionais. (WOLF, 2000)

2.14 A evidência atestada pelo SB Brasil 2010 – Nossos Idosos edêntulos

Como é de conhecimento, o último estudo amplo da saúde bucal do brasileiro se deu no ano de 2010, ou seja, há 10 anos. Entretanto, mesmo considerando a possibilidade de elevada defasagem, os dados merecem destaque, vez que, o estudo abordou idosos com a faixa etária entre 65-74 anos. Deste modo, considerando a idade dos entrevistados e a aumento da expectativa de vida, pode-se concluir que dos 8 mil idosos entrevistados nos Brasil é significante a possibilidade de idosos vivos. Por estes fatos temos os seguintes dados: que necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar é de 23,9%, valor que reduz para 15,4%, para os necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares; a qualidade de cáries não tratadas no idosos é um problema de elevada prevalência. Sendo que a quantidade de adultos com as raízes cariadas na região norte foi aproximadamente o dobro do que a encontrada na região sudeste; em todos os idosos, os sextantes do lado esquerdo (superior e inferior) apresentaram maior percentual de sangramento quando comparados com os demais, sendo que o sextante inferior central foi o que concentrou a presença de cálculo, sendo ainda observado percentual muito elevado de sextantes excluídos (90,1% para o Brasil). Em 6,0% dos idosos foi possível identificar perda de inserção de 0 a 3mm e, em 3,9%, perda de inserção de 4mm ou mais. É normal com o passar dos anos o indivíduo sofrer com problemas conexos à periodontite, deste modo no percentual de idosos com problemas percentuais foi de 98,2%, ante 27% das crianças; já na proporção de idosos que procuraram os serviços odontológicos para extração dos dentes foi de 46,2% na região norte, contra 22,9% na região sul.

Alarmante são os dados dos idosos que possuem alguma prótese. Em todo Brasil, 23,5% de idosos não usavam algum tipo de prótese dentária superior, porém quando destacado com a região nordeste, este número se eleva para 31,4% e diminui para 16,5% sul; A porcentagem de pesquisados que usavam prótese total foi de 63,1% para o Brasil, variando de 65,3% na Região Sul a 56,1% na Região Nordeste.

O SB Brasil, evidenciou como o Brasil não possibilita aos cidadãos a efetiva aplicação dos direitos contidos na constituição e demais legislação infraconstitucional. Entretanto, não há evidências científicas que demonstrem a garantia do atendimento odontológico para o idoso frente às suas necessidades.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo Geral:

O presente estudo teve por objetivo identificar e analisar os direitos e as garantias fundamentais contidos nas normas constitucionais e infraconstitucionais de proteção ao indivíduo idoso e relacionar com as políticas públicas para reabilitação oral.

3.2 Objetivo Específico:

O objetivo específico foi verificar até que ponto ocorre o cumprimento dos direitos e garantias fundamentais, a saúde bucal da sociedade, especialmente o acesso da população idosa aos serviços odontológicos, frente aos direitos e deveres do Estado.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo baseado em documentos como elemento primordial para construção da tese, na qual as revisões bibliográficas associadas aos textos púbicos possibilitam toda extração dos elementos significativos para o objetivo desejado.

Os dados coletados foram avaliados seguindo a metodologia Spink (1999), em que as inferências somente são possíveis após longa e profunda comparação com análise dos dados coletados. Como bem citado por Antunes, (2014), o processo de produção acadêmica é fruto de um verdadeiro rastreio de busca, onde o pesquisador precisa encontrar os documentos em bases de dados e proceder à análise crítica, adotando critérios adequados.

4.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Bauru, o qual está situado no interior do estado de São Paulo, sendo considerado o município com a maior densidade demográfica da região centro-oeste do Estado. De acordo com IBGE, a população estimada em 2015 era de 366.992 habitantes.

4.3 Coleta de dados:

Este estudo foi realizado em três etapas:

1. **Primeira Etapa** - Análise foi composta pela fundamentação do referencial do direito à saúde e a saúde bucal com base no Estatuto de Idoso e no Programa Brasil Sorridente;

2. **Segunda Etapa** - Análise crítica entre as necessidades dos idosos quanto ao uso de próteses, número de próteses dentárias produzidas pelos laboratórios do Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e o conteúdo do Estatuto do Idoso;

3. **Terceira Etapa** - Envolveu o exercício analítico de comparação sistemática entre os dois documentos, o método empregado foi a análise de práticas discursivas aplicada a documentos públicos (SPINK, 1999).

Uma metodologia relativamente nova sendo está uma importante ferramenta metodológica com análise de documentos e interpretações de normas e posturas ou atos do cotidiano. É uma metodologia de entrincheiramento aos fatos e normas, tendo ainda a possibilidade de discussão das linguagens e discussões do plano social, possibilitando o aumento da criticidade.

A coleta dos dados foi realizada em bases de dados disponíveis com as informações do SB-Brasil 2003 e 2010, acesso aos documentos legais que foram analisados, quanto a sua abrangência e aplicação. Esta coleta ocorreu entre julho de 2019 a outubro de 2020.

Propomo-nos a analisar todos os textos vinculados aos descritores direitos humanos, dignidade da pessoa humana, saúde bucal, direitos à saúde, direitos dos idosos, qualidade de vida na velhice, Constituição Federal, Estatuto do Idoso, bem como os dados vinculados ao SB Brasil, SB São Paulo e correlatos.

4.4 Seleção de conteúdos e documentos

A seleção ficou dividida em digitais e impressos. No primeiro caso, o digital possibilitou o acesso aos artigos científicos, legislações, normas e tratados. Neste caso, a escolha do acesso virtual deu-se em função da possibilidade de busca de conteúdos vinculados à pesquisa de forma rápida e com maior precisão, vez que, os sistemas de busca contido nos sites e plataformas de hospedagem permitiram o direcionamento de acordo com as palavras chave. Referidos conteúdos digitais foram acessados e colhidos através em sites institucionais do Senado e da Câmara Federal

e dos 27 Estados, ainda foram acessados os sites de portais *jusbrasil*, OAB São Paulo, Pubmed, BVS, Scielo e Portal da Capes. Cumpre destacar que os sites vinculados às instituições públicas como o Senado e da Câmara Federal asseguram aos usuários conteúdos legislativos atualizados e já compilados, de modo a facilitar o acesso às normas legais. Sempre com o auxílio de um computador pessoal; já os conteúdos impressos foram selecionados nas bibliotecas das Faculdade de Odontologia de Bauru, da Faculdade de Direito do Largo São Francisco, da Instituição Toledo de Ensino, das Faculdades Integradas de Bauru e da biblioteca particular do autor, sendo neste último caso utilizados as seguinte obras: “Curso de Direito Constitucional”, de Manoel Gonçalves Ferreira Filho; “Como e porque envelhecemos” de Leonardo Hayflick; “Direitos Humanos Fundamentais”, obra do atual Ministro do STF Alexandre de Moraes; “O dever de amparo do idoso” do Profa. e Primeira Presidente da OAB de Bauru, Márcia Negrisolli e “o minidicionário da língua portuguesa”, do consagrado Aurélio Buarque de Holanda Ferreira.

Após leitura dos documentos e conteúdos pesquisados, houve a depuração dos textos sendo excluídos apenas 30 dos 224 selecionados.

A pesquisa contemplou o acesso de 24 obras, 140 artigos, 5 leis infraconstitucionais, 3 constituições, 17 portarias e resoluções, 3 pesquisas de saúde pública, sendo 2 em nível nacional e 1 em nível estadual (São Paulo), 4 tratados internacionais, 3 dissertações de mestrado, 1 tese de doutorado e 1 Memorial para Concurso de Preenchimento de Vaga de Professor Assistente-Doutor. Todo este Material encontra-se no capítulo de referências desta obra.

As exclusões deram-se em função da ausência de conteúdo divergente da pesquisa ou com conteúdo desconexo com o objeto da pesquisa.

Com o intuito de alinhar os objetivos do trabalho a seleção das obras contou a seguinte critério:

4.4.1 Critérios de inclusão:

Os critérios de inclusão para os documentos foram:

- Textos com conexão às normas constitucionais que versam sobre os direitos e garantias fundamentais, dignidade humana e saúde;
- Normas legais com conexão às normas constitucionais;
- Publicações acadêmicas e/ou cientificas, institucionais, oficiais e literária com conteúdo vinculado com as demandas sociais e de saúde pública;
- Legislação correlata aos padrões citados com ênfase aos direitos dos idosos;
- Dados púbicos institucionais produzidos pelos órgãos estatais e/ou de pesquisa institucionais, como o SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde, pesquisas do Censo, promovidas pelo IBGE, estudos científicos ou acadêmicas voltadas para a área da saúde com ênfase na saúde bucal;

4.4.2 Critérios de exclusão:

Os critérios de exclusão para os documentos foram:

- Material com textos e conteúdos sem referências bibliográficas, com abordagem parcial e com metodologia inadequada – publicações ideológicas e não acadêmicas;
- Documentos sem bibliografia, com linguagem desconexa com o Português culto ou com métodos de pesquisa sem CEP, quando exigido.
- Conceitos com normas revogadas ou com definições contrárias à Constituição.

4.5 Práticas discursivas aplicadas aos documentos

Os documentos foram analisados utilizando as práticas discursivas para documentos públicos (SPINK, 1999). Neste modelo, são coletados os documentos públicos e publicações acadêmicas vinculadas ao tema, delimitando e balizando o tema com as pesquisas. Em cada uma das etapas foram abordados os documentos de forma segmentada e pertinente a proposta deste estudo.

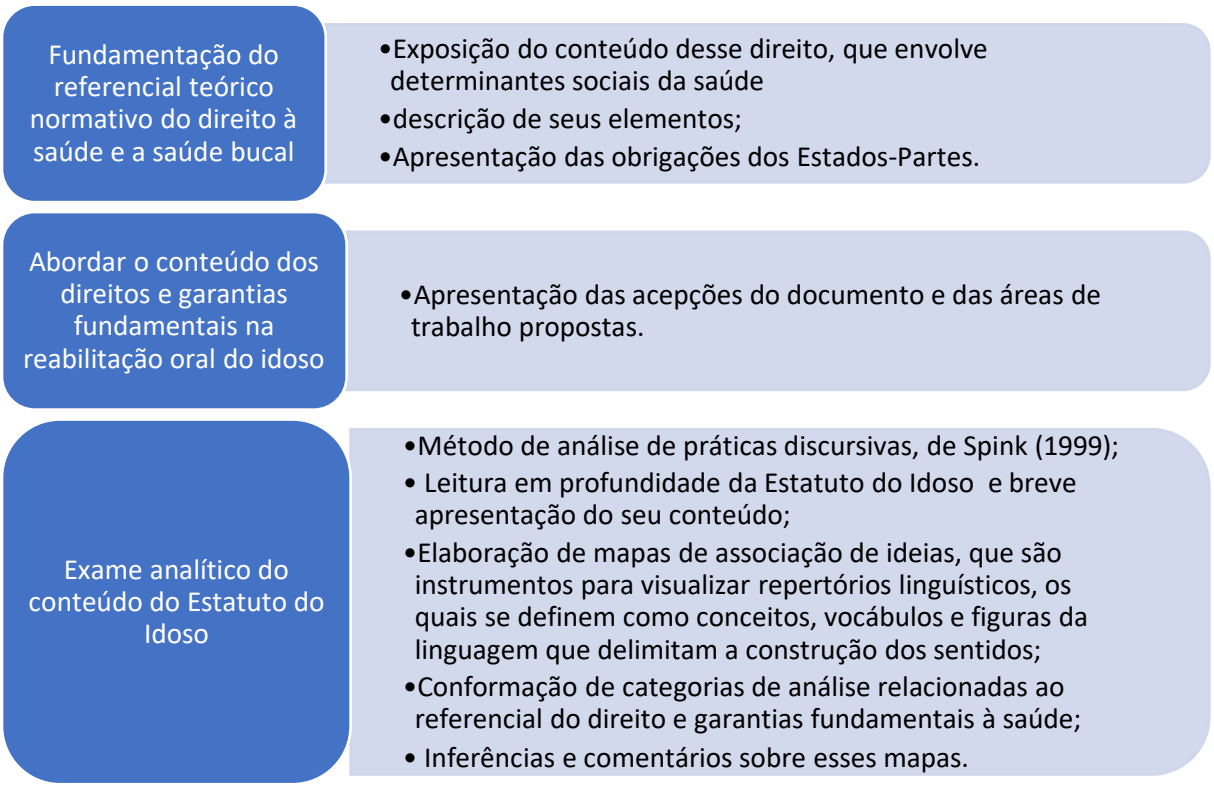

Figura 2. Descrição das etapas e respectivas análises desenvolvidas neste estudo.

As práticas discursivas aplicadas à documentos públicos têm como elementos repertórios linguísticos, definidos como figuras de linguagem orientadas à construção de sentidos. O levantamento dos repertórios linguísticos do Estatuto do Idoso será realizado mediante elaboração de mapas de ideias que induzem à conformação de categorias gerais relacionadas ao referencial teórico. Essas classificações englobam conteúdo do direito e garantias fundamentais à saúde, incluindo determinantes sociais; elementos desse direito, e obrigações estatais. Os mapas a serem construídos serão extratos associados ao direito à saúde e direito à saúde bucal do

idoso. O passo seguinte será composto pela elaboração de comentários críticos e inferências sobre os mapas, que aportam sentido dessa relação.

4.6 Tópicos selecionados para discussão e análise

1. Matrizes teóricas utilizadas em diferentes contextos históricos e políticos, dando destaque aos conceitos de saúde.
2. Referencial normativo do direito e garantias fundamentais à saúde.
3. Elementos da saúde bucal do idoso no Brasil e a reabilitação oral.
4. A qualidade como elemento do direito à saúde e a segurança do paciente.
5. Obrigações da União, Estados e municípios
6. Constituição e conteúdo do Estatuto do idoso
7. Exercício analítico documental:
    a) Determinantes sociais na saúde do idoso;
    b) Direito e garantias fundamentais à saúde bucal do idoso;
    c) Perda dentária e suas implicações na saúde geral;
    d) O impacto da condição bucal na qualidade de vida do idoso;
    e) Protocolo de políticas públicas para as redes de atenção ao idoso.

Tabela 1. Distribuição de documentos e suas normas relacionadas aos tópicos de direitos e garantias

DOCUMENTOS	NORMAS	TÓPICOS
Constituição Federal	Concretização da dignidade (Art 6 e 193)	Direito à saúde Direto à moradia Direito ao lazer (Art. 6) Direito à previdência
	Emenda Constitucional 26/2000	Direto à previdência Direito à segurança Direito à assistência aos desemparados, com proteção à velhice
Declaração Universal dos Direitos Humanos	Resguarda direitos violados	Longevidade deve ser respaldada na qualidade de vida e dignidade da pessoa idosa (Negrisoli, 2015)
Estatuto do idoso (Lei nº 10.741/2003)	Proteção à dignidade do idoso	Preservação da qualidade de vida, autonomia e independência, ligadas a deterioração da saúde e empobrecimento social.
	Direito Fundamental (Art 3º)	Efetivação do direito à vida; à saúde; à alimentação; à educação; à cultura; ao esporte; ao lazer; ao trabalho; à cidadania; à liberdade; à dignidade ao respeito.
	Direitos da pessoa idosa na saúde	acesso universal e igualitário, das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde
	Cuidado das pessoas idosas no SUS	- Modelo de Atenção Integral; - Potencializar as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer a articulação; - Qualificação do cuidado e a ampliação do acesso da pessoa idosa aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde
	Saúde bucal da pessoa idosa	- garantir bem-estar, sua autoestima e saúde geral do seu corpo. - proporcionar boa mastigação, o que é fundamental para boa digestão dos alimentos e melhor absorção dos nutrientes.
Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94)	Art. 10, inciso VII	Incentivam programas de lazer, esportes e atividades físicas pelas entidades e órgãos públicos
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006	-envelhecimento ativo e saudável; -atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; -estimulo às ações intersetoriais; -fortalecimento do controle social; -garantia de orçamento; -incentivo a estudos; -pesquisas.
Bioética	Direito à Autonomia	-Capacidade de conduzir sua vida como melhor entender; -Motivação à razão e ao querer, sem descaracterizar a vontade individual; Limitação físicas e funcionais- questões ligadas à independência

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Para uma melhor compreensão e qualidade do trabalho, os resultados foram divididos em 3 etapas, sendo que na primeira, houve a análise dos documentos vinculados aos textos legais; na segunda, houve a análise dos dados das pesquisas relacionadas ao tema e a terceira, o encontro dos dados e normas com reflexão e comparação do modelo de gestão pública.

5.1 1ª Etapa

Nesta etapa foram analisados os documentos vinculados à Constituição Federal, Declaração Universal dos Direitos Humanos, Estatuto do Idoso, Política Nacional do Idoso, Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa e bioética, para correlacionar ao direito à Saúde e a Saúde bucal. O legislador Constituinte assegurou ao cidadão direitos inerentes à dignidade humana. Esses direitos determinam atitudes estatais para assegurar a qualidade de vida de uma forma plena fornecendo ao idoso os direitos relacionados à saúde, moradia, laser, segurança e previdência social, elementos essenciais que auxiliam a assistência aos idosos desamparados. Diante da norma Constitucional houve a necessidade de edição de lei específica vez que, a gama especializada para os cidadãos com 60 anos ou mais exige uma codificação para amparar nos moldes da carta Magna, ou seja, amparar e proteger os idosos de uma forma ampla e com detalhamento de direitos.

O Estatuto do idoso dispõe sobre os direitos fundamentais elementos jurídicos para proteção à vida, estando este assegurado no artigo 9º a expressa garantia e direito do idoso “Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. Este artigo assegura ao idoso a isonomia social, garantindo acesso universal e igualitário para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde junto aos serviços públicos de saúde. Estes direitos impõem a todos, Estado e Sociedade, a aplicação da norma para efetivo reconhecimento da liberdade, do respeito e da dignidade humana. O parágrafo 2º do

artigo 10, elenca de forma taxativa como deve ser o tratamento dispensado ao idoso, resguardando a “inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais”. (Brasil, 2003). Associado à integridade, temos no parágrafo 3ª, o dever de “zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. (Brasil, 2003).

O dispositivo constitucional presente no art. 196 da carta cidadã, assegura o direito à saúde, sendo este reiterado no art. 15 do Estatuto do Idoso, demonstrando assim, a preocupação do legislador em assegurar “a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.” (Brasil, 2003).

O Brasil sorridente assegurou os pressupostos envolvendo a Política Nacional de Saúde Bucal, promovendo duas diretrizes: (a) utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento; e (b) centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença.

O aumento significativo na ordem de 390% nas equipes de saúde bucal, com a habilitação de 674 municípios com laboratório de próteses dentárias, associada à criação de 865 centros de especialidades odontológicas, além da distribuição de 72 milhões de *kits* de escova e pasta dentária e o aumento na oferta de água fluoretada proporcionaram a redução na extração dos dentes. Cumpre observar que ainda houve a ampliação dos serviços odontológicos aos mais pobres.

O Brasil Sorridente inseriu no Brasil um conjunto de políticas públicas de saúde, vez que o mesmo proporcionou o incremento de eixos de atenção à saúde bucal, utilizando como estratégia o programa de Saúde da Família, com a implementação, em níveis secundários, os centros de especialidades odontológicos.

No SB-Brasil 2010, as condições identificadas em relação à cárie dentária foram para 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, os percentuais foram 23,9%, 0,9% e 0,2%, respectivamente. O CPO-D médio foi de 27,53 na faixa de 65 a 74 de idade, sendo que os menores índices foram encontrados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. Destacando-se que o componente perdido corresponde a 92% no grupo de 65 a 74 anos.

Em relação SB-São Paulo, contribuiu-se que em 2015, o CPOD ("cariados", "perdidos" e "obturados", e o D indica que a unidade de medida é o dente) foi de 15,84 e 28,22 para os adultos e idosos, 43,87% a mais quando comparado com os dados de 2010. (SB-São Paulo, 2015).

As condições periodontais no grupo de idosos mostram que 90,5% tinham sextantes excluídos. Dos poucos sextantes em condições de exame nesse grupo etário, 4,2% apresentavam cálculo e 3,3% bolsas periodontais, sendo que, dessas, 2,5% eram bolsas rasas.

Referente a presença de sangramento, menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival. A presença de cálculo dentário aumenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre adultos, aproximadamente 64%, declinando nos idosos. Bolsas periodontais rasas e profundas acometem aproximadamente 14% e 3% dos idosos, respectivamente. Nos idosos, tanto em âmbito nacional quanto em cada uma das regiões, foi observado um percentual de 90,1% de sextantes excluídos.

Novamente, ao trazermos os dados do SB-São Paulo, em relação ao sangramento gengivau, temos números próximos aos registrados no SB-Brasil, 18% dos Idosos. Entretanto, a presença de cálculo dentário nos adultos atinge valor de 56%: já as bolsas periodontais rasas e profundas acometem aproximadamente 9% dos adultos e 2% dos idosos.

O Brasil possui normas humanitárias que asseguram a qualidade de vida com dignidade, promovendo a todos os benefícios inerentes à condição humana sem qualquer conflito que possa causar danos à saúde sem violação, entretanto, quando observados os atos da administração pública, nos deparamos com uma realidade diferente àquela impressa nas normas onde os idosos apresentam graves problemas de saúde bucal.

Diante da realidade social, o legislador trouxe no parágrafo 2º do artigo 15, o dever do poder público em “fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação” (BRASIL, 2003). Dessa forma, ao se analisar criticamente este parágrafo e aplicá-lo na saúde bucal do idoso remete-se à reabilitação oral do idoso uma vez que, 90% deles apresentaram perdas dentárias no levantamento epidemiológico SB Brasil 2010.

Quanto ao Uso e necessidade de próteses, apenas 23,5% de idosos não usavam algum tipo de prótese dentária superior, sendo o maior percentual (31,4%) na Região Nordeste, e o menor (16,5%), na Região Sul. A porcentagem de usuários de prótese total foi de 63,1% para o Brasil, variando de 65,3% na Região Sul a 56,1% na Região Nordeste. Um total de 7,6% das pessoas examinadas usava prótese parcial removível, sendo a maioria na Região Sul (11,1%) e a menor porcentagem na Região Sudeste (6,5%). Um percentual de 3,8% dos examinados usava uma ponte fixa. O uso de prótese fixa associada à removível se limitou a 1,2% das pessoas examinadas, não havendo diferença entre as regiões.

No tocante ao SB-São Paulo, o uso e necessidade de próteses, para prótese inferior 36,66% não necessitava e 37,27% necessitava de prótese total. Já para arcada superior, 46,53% não necessitava de prótese e 41,11% necessitava de prótese total. (SB-São Paulo, 2015).

5.2 2ª Etapa:

A proporção de idosos que não necessitavam de prótese dentária foi igual a 7,3%, sendo marcantes as diferenças entre as regiões. Na Região Sul, a proporção foi de 12,7% e, na Região Norte, de 2,8%. A maior necessidade foi a de prótese parcial em um maxilar (34,2%), sendo que a maior proporção se concentrou na Região Sul (45,7%) e a menor na Região Centro-Oeste (26,9%). O estudo demonstrou as características de cada região, o que proporcionou uma análise detalhada das necessidades de cada indivíduo conforme a região do País. Desta forma, A maior necessidade foi a de prótese parcial em um maxilar (34,2%), sendo que a maior proporção se concentrou na Região Sul (45,7%) e a menor na Região Centro-Oeste

(26,9%). Um quinto das pessoas tinha necessidade de prótese parcial para dois maxilares, sendo que a maior necessidade estava na Região Nordeste (26,0%) e as menores nas regiões Norte e Sul (15,4% e 14,3%). Diferente que se observou na região Sul, um quinto das pessoas tinha necessidade de prótese parcial para os dois maxilares, sendo que a maior necessidade estava na Região Nordeste (26,0%) e as menores nas regiões Norte e Sul (15,4% e 14,3%), comprovando os contrastes sociais brasileiros. Observou-se a necessidade de prótese total em um maxilar em 17,9% dos indivíduos examinados, sendo a maior proporção na Região Norte (23,4%) e a menor na Região Sul (14,3%). 15,4% dos idosos brasileiros necessitavam de prótese total nos dois maxilares, sendo a maior necessidade na Região Norte (17,6%) e a menor na Região Sul (6,9%). Um percentual de 5,0% apresentou necessidade de prótese parcial associada à prótese total. Para a faixa etária 65 a 74 anos de idade, foi observada prevalência de necessidade de tratamento dentário para o Brasil igual a 46,6%. Ainda de acordo com o SB Brasil, os dados apresentados demonstraram as que as variações entre as regiões não apresentaram diferenças significativas entre as regiões, demonstrando que o problema apresentado é uma realidade comum em todo Brasil, sem diferenças significativas entre as regiões. Os dados apresentados neste levantamento evidenciam a necessidade da reabilitação oral do idoso para que suas condições de vida e de saúde possam ser resguardadas. É notório que as necessidades bucais dos idosos estão longe de serem atendidas nas bases legais.

Quando destacada a região sudeste, região escolhida em decorrência da existência do SB-São Paulo, temos em nível nacional os seguintes percentuais: com cálculo (30,5%) e com bolsas (21,7%), sendo 16,7% rasas; condições periodontais no grupo de 65 a 74 anos mostram que 90,5% tinham sextantes excluídos. Dos poucos sextantes em condições de exame nesse grupo etário, 4,2% apresentavam cálculo e 3,3% bolsas periodontais, sendo que, dessas, 2,5% eram bolsas rasas. Quando observado o uso de próteses, temos na região sudeste, os menores números de toda nação: 6,5%, sendo que de 3,8% dos examinados usava uma ponte fixa. O uso de prótese fixa associada à removível se limitou a 1,2% das pessoas examinadas. Infelizmente, o valor de indivíduos que não usava prótese inferior foi de 13,6%, sendo eles usuários de prótese parcial removível (BRASIL, 2011). Na comparação com o SB-São Paulo, 60,63% apresentavam cálculo, 25,48, bolsas rasas, e 12,05, bolsas profundas. Em relação às próteses dentárias, verificou-se que somente 24,21%

faziam uso de prótese superior e 47,70% inferior, dos usuários de próteses totais (PT): 64,71% na arcada superior e 38,68% na arcada inferior. Idosos que não usavam próteses em ambas as arcadas foram 21,05% da amostra. Ainda ficou constatado que maioria necessitava de alguma prótese (53,50% superior e 63,34% inferior), sendo que a prótese total se caracteriza como a maior demanda (41,1% superior e 37,27% inferior). Ainda foi verificado que 37,22% dos indivíduos idosos não necessitavam de próteses em ambas as arcadas.

A não observação às normas legais expõem o idoso ao perigo em relação à sua integridade e saúde, física ou psíquica, como versa o artigo 99 do Estatuto do Idoso, podendo o agente causador sofrer os reflexos penais impostos na lei. Estes reflexos variam de detenção de 2 meses a 12 anos de reclusão. (BRASIL, 2003).

Cumpre observar que a saúde bucal é algo de extrema importância para a qualidade de vida do indivíduo, em que pese o SB Brasil tenha indicado como tratamento final a implantação de próteses, devemos destacar que a mesma foi indicada devida ao custo e praticidade, porém, assim como qualquer outro indivíduo em qualquer faixa etária, o indivíduo possui os tratamentos periodontal, pulpar e restaurador. A não observação às normas legais expõem o idoso ao perigo em relação à sua integridade e saúde, física ou psíquica, como versa o artigo 99 do Estatuto do Idoso, podendo o agente causador sofrer os reflexos penais impostos na lei. Estes reflexos variam de detenção de 2 meses a 12 anos de reclusão. (BRASIL, 2003). Outro fator que se deve observar é a importância diagnóstico bucal no tocante ao câncer de boca, com periodontia especializada, cirurgia oral menor nos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. (BRASIL, 2016)

Após análise dos documentos e interpretação do conteúdo proposto neste trabalho, foi-se elaborado um mapa mental com as palavras vinculadas às bases.

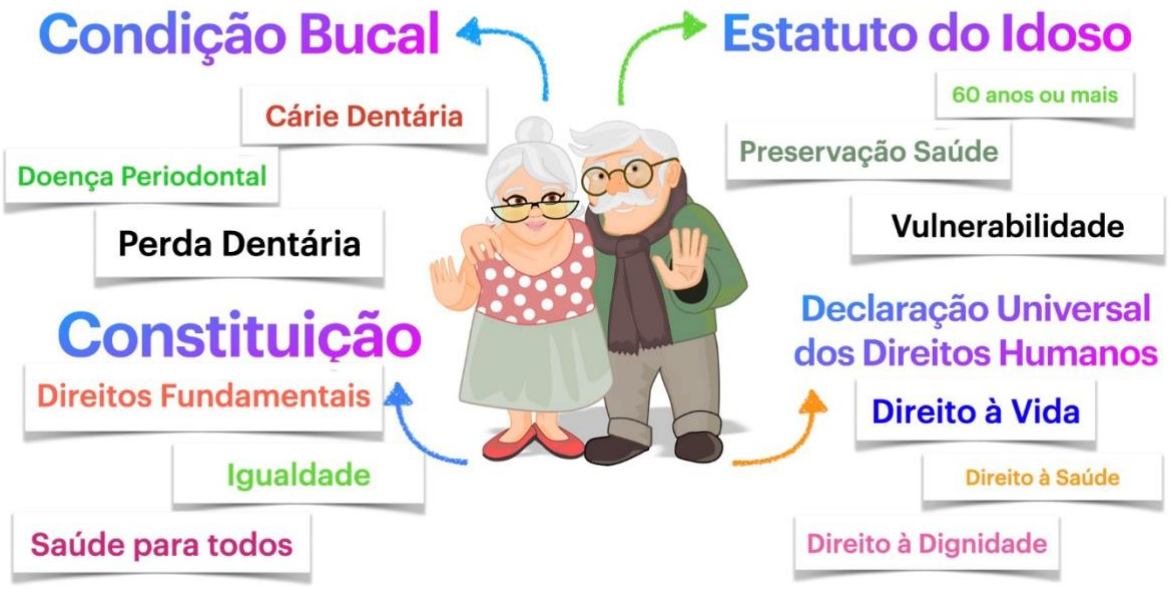

Figura 3. Mapas de associação de ideias que são instrumentos para visualização do repertório linguístico.

5.3 3ª Etapa:

Para compreender o sistema de saúde público de uma forma irrestrita é necessário conhecer o SUS. No caso em tela, o modelo adotado pelo SUS, o qual adota a gestão tripartite para a financiamento da saúde com atuação direta, sendo que, os gestores locais têm um papel fundamental no gerenciamento e aplicação dos recursos. Os valores repassados pelo fundo nacional de saúde aos municipais não são a única forma de financiamento da saúde. O gestor local também deve incluir no orçamento municipal o percentual destinado à saúde vindo das fontes de arrecadação do próprio município, tendo em vista que o Estado deve destinar no mínimo 12% e o município no mínimo 15% do seu orçamento.

Para garantias as condições de saúde bucal da população, o Governo Federal lançou o programa Brasil Sorridente, em 2004. Desde o seu lançamento até o ano de 2015, o Ministério da Saúde contemplou 858 municípios com a instalação dos Centros de Especialidades odontológicas, sendo que no primeiro ano, apenas 60 municípios foram atendidos. (BRASIL, 2016). Sendo instalado 5731 centros de especialidades odontológicas, contando com 853 em 2010, 882 em 2011, 944 em 2012, 988 em 2013,

1030 em 2014 e 1034 em 2015, distribuindo 2.525.403 próteses dentárias, sendo 183.152 em 2010, 300.978 em 2011, 408.107 em 2012, 463.003 em 2013, 600.196 em 2014 e 569.967 em 2015 (BRASIL, 2016). Já entre 2016, com a realização do 2º PMAQ (Programa Nacional de Melhorias de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), o Brasil iniciou uma nova abordagem com a inclusão de equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades que sem encontrem em conformidade com a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), em 2019, é criada a equipe de saúde bucal com carga horária reduzida (Eap – Equipe de Atenção Primária) e o Indicador de Pré-Natal odontológico no Programa Previne Brasil; em 2020 Criação do INE (Identificador Nacional de Equipes) próprio e equipes de Saúde Bucal. (BRASIL, 2020)

A importância do centro de especialidades odontológicas é vital para o êxito na expansão do atendimento básico de saúde. As implantações dos centros fazem parte Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, sendo ele responsável pelo oferecimento dos serviços básicos de saúde e que contribuem com medidas eficazes responsáveis por promover o mínimo aos cidadãos. Cumpre salientar que referidos centros possuem uma importância pouco observada pela sociedade pois são nestes lugares que o cidadão pode ter acesso à tratamentos odontológicos sem qualquer custo para o mesmo.

Adotando-se os referenciais propostos por Spink (1999), sobre as práticas discursivas e análise de documentos públicos pode-se relacionar alguns tópicos que associam os idosos e as respectivas condições de saúde bucal.

Inicialmente deve-se analisar o perfil da condição de saúde bucal do idoso brasileiro, haja vista o grande percentual de idosos parcialmente ou totalmente edêntulo. Fato este que demonstra o conflito entre as normas legais com os dados apresentados. A Constituição assegura aos idosos tratamentos humanitários para manutenção da dignidade onde o cidadão recebe do Estado, através das leis garantias da manutenção da qualidade de vida. No estatuto do idoso, essa proteção se estende a preservação da qualidade de vida, autonomia, independência e relaciona os cuidados para não deterioração da saúde e do empobrecimento social. Já a política nacional do idoso na lei 8.842/94 incentiva a elaboração de programas de lazer, esportes e atividades físicas pelas entidades e órgãos públicos, garantindo o bem-

estar do idoso. A política nacional de saúde da pessoa idosa, na portaria GM/MS 2528 de 19 de outubro de 2006, garante o envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo as ações intersetoriais, fortalecimento do controle social; garantia de orçamento; incentivo à estudo e pesquisa. Desta forma, devemos notar que contém na pesquisa fundamentos essências para o relacionamento indivíduo x pesquisa: a bioética. Elemento científico que busca resguardar o direito a autonomia do idoso, procurando ampliar a capacidade de conduzir sua própria vida como melhor entender; motivar e estimular a razão e o querer sem descaracterizar a vontade individual, além de considerar as limitações físicas e funcionais que estão ligadas à independência do idoso.

Outro fator de extrema relevância é a relação repasse x população x cultura. De acordo com o IBGE, em 2019, 19% dos dentistas do planeta encontra-se no Brasil. Estes dentistas deveriam atender toda população de forma digna se não fossem os entraves estruturais promovido pelo Poder Público, posto que, em que pese tenhamos uma elevada quantidade de Profissionais de Odontologia, estes não atendem toda população pelo fato de o Estado não promover a contratação dos mesmos. De acordo com a pesquisa o governo federal disponibilizou em 2019 R$ 1.4 bilhão de reais para atender uma população de aproximadamente 211.000.000 (duzentos e onde milhões), equivalente da R$ 6,64 (seis reais e sessenta e quatro centavos) por pessoa, valor 18 vezes menor do que o repassado dos planos privados odontológicos. Nesta modalidade, 26 milhões de beneficiários podem usufruir da de R$ 3.1 Bilhão, o que resulta na ordem per capita de R$ 119,23 (IBGE 2019). Desta forma, os dados comprovam como os valores repassados são muito aquém do necessário para atender as necessidades básicas do indivíduo.

Desta forma, ainda que a legislação assegure os direitos, os indicadores demonstram uma realidade totalmente contrária às normas, pois ainda que tenhamos normas Constitucionais e Infraconstitucionais alinhadas às necessidades básicas do homem, a evidência demonstrada através dos números demonstra que os dispositivos legais citados na pesquisa não são respeitados.

Temos normas de elevada relevância técnica, porém o que encontra na prática são condutas contrárias ao exigido em lei como direito do cidadão.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O Estatuto do idoso segue preceitos básicos contidos na Constituição Federal, direitos que norteiam a forma pela qual as instituições de saúde devem atender e observar os ditames legais. Dentre as normas devemos observar a contida no art. 18 do Estatuto do Idoso. Referido dispositivo é taxativo e determina que as instituições de saúde devem “atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de autoajuda”. Estes ditames (art. 18) se somam às normas do art. 33 para determinar a forma pela qual os direitos devem ser apresentados e seguidos, onde o Estado deve assegurar o mínimo ao idoso “a assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes”.

Neste diapasão, a saúde geral e a saúde bucal estão relacionadas de tal forma que uma interfere na outra, podendo causar sérios problemas. Um indivíduo com a saúde bucal comprometida terá sua qualidade de vida prejudicada (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007), sendo fundamental observar que referida condição deve ser acompanhada de modo a promover ao cidadão, qualidade de vida com ênfase na qualidade da saúde bucal. A saúde bucal precária poderá acarretar graves problemas à saúde geral, uma vez que pode comprometer o estado nutricional, o que altera o bem-estar físico e mental, reduz a qualidade de vida e compromete a atividade social do indivíduo. Deste modo, a situação do estado de saúde geral poderá ocasionar problemas bucais. Com envelhecimento do indivíduo, algumas dificuldades motoras tendem a aparecer e a se desenvolver, podendo comprometer a capacidade de higienização bucal. (ROVIDA et al., 2013) e mais, a saúde bucal ainda pode prejudicar as funções psicossociais (VARGAS; PAIXÃO, 2005), assim, os indivíduos a desenvolverem transtornos psicológicos.

O conjunto Indivíduo/Estado deve ter a noção da extrema importância da aplicação de medidas no sentido de que a ocorra atenção primária à Saúde. As informações e os cuidados adequados devem ser os meios e as ferramentas para

manutenção dos dentes até as idades mais avançadas. (SALES, et al., 2017). Mais enfático, temos Fiske, que destaca os reflexos causados pela perda dentária. Alterações que envolvem mudanças físicas, biológicas e psicológicas, mudanças que, quando não tratatadas deixam os cidadãos em condições contrárias às normas legais Brasileira. (FISKE et al., 2001). O impacto provocado pela perda dentária resulta em alterações básicas do indivíduo, promovendo limitações das mais simples como alimentação em locais públicos, comunicação, obesidade e até o surgimento de comorbidades (NAIK et al., 2011). O comprometimento causado é tão severo que restringe as questões sociais, o indivíduo desprovido de dentes, não se alimenta em locais públicos, pois além da dificuldade de mastigação ainda carrega consigo a vergonha da aparência, tornando-o um ser psicologicamente abalado, com ciclo social restrito e de difícil comunicação, além de ser agravada agravada pela fala comprometida. Associado aos fatores citados o indivíduo abandonado pelas políticas públicas de prevenção odontológica pode, em decorrência da falta de capacidade mastigatória desenvolver obesidade o que, na maioria das vezes pode resultar no surgimento de comorbidades que tendem a agravar a situação de saúde do indivíduo. Ademais, ao analisarmos a norma legal presente no artigo 2º da lei 8080/90, temos a cristalina noção de como o Estado deve se comportar em relação à seus cidadãos e ante dispositivo legal, há de se enfatizar que, é direito do homem, logo a perda dentária, causada pela ausência de prevenção, tratamentos gera demanda de tratamentos endodônticos, etc, causados pela não observação das normas legais. Fato este que gera infelizmente, a perda dentária, podendo este indivíduo ser reabilitado através de tratamento protéticos e reabilitadores, tornando-se um desafio à saúde pública e uma responsabilidade para os gestores públicos de ofertar uma atenção adequada às necessidades da população idosa (CAMPOS et al., 2014), resguardando os direitos do estatuto do idoso de modo a impedir as desigualdades sociais e ainda promover políticas públicas justas.

É imperativo observar que os direitos humanos consagrados na relação Estado vs homem é garantia de saúde e seu fiel cumprimento das normas oferecidas ao cidadão, um direito básico, que podem resultar em uma situação justa e perfeita, evitando e promovendo o básico para todos.

A saúde deve ser tratada como um conjunto amplo que envolve questões sociais, jurídicas e de saúde, gerando uma cadeia de preceitos higiênicos não apenas

vinculados às relações jurídicas como também, as funções orgânicas de cada indivíduo e à prevenção de doenças. Em outras palavras, saúde "em outras palavras, saúde significa estado normal e funcionamento correto de todos os órgãos do corpo humano", (CASTRO 2005). Desta forma, os direitos consagrados na lei fundamental não fazem distinção entre o direito e o indivíduo conforme preconiza o art. 196 da Constituição Federal, posto que, a saúde é um direito intangível e que o Estado deve tutelar de forma plena e igualitária. “A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida”. Dessa forma, a atenção à Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais (ORDACGY, 2007).

Com relação à saúde bucal da população idosa brasileira, sua condição, assim como em diversos países, é precária. (GAIÃO, ALMEIDA, HEUKELBACK, 2005; COLUSSI, FREITAS, 2002) Antes da criação do Brasil Sorridente (2004), era prioridade a saúde bucal de crianças em idade escolar (6 a 14 anos de idade), havia um modelo assistencial de caráter preventivo-curativo, conhecido como Sistema Incremental. (NICKEL, LIMA, SILVA, 2008)

Dezesseis anos após promulgação da Constituição Federal, o Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Saúde Bucal. Denominado de “Brasil Sorridente”, o programa qualificou a saúde bucal como uma das quatro áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando alcançar a integralidade da assistência prevista desde sua criação. (PUCCA et al., 2015). O Brasil Sorridente proporcionou a elaboração de programas e políticas públicas que transcenderam as questões de saúde pública, tornando questões sociais, posto que, o mesmo tem em seu escopo a finalidade social de preservar e resgatar a saúde bucal dos cidadãos.

Dados epidemiológicos confirmaram o edentulismo como um problema grave de alta necessidade protética em adultos e idosos brasileiros (BRASIL, 2004). Em relação às necessidades de tratamentos dentários, a maior prevalência deu-se nas faixas etárias entre 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade. Nestes grupos, infelizmente o estudo demonstrou que 75,2% necessitam de tratamento dentário, para o primeiro grupo, reduzindo para 46,6%, no segundo. A diferença entre os grupos demonstra que os adultos na faixa etária de 44-65 anos, (indivíduos que se encontram no auge da

sua capacidade produtiva) apresentam muitas necessidades ligadas ao tratamento odontológico o que serve de alerta para a necessidade de cuidados e procedimentos odontológicos, como restaurações dentárias. Deve-se observar e destacar que a redução de 75,2% para 46,6% dos cidadãos com possibilidade de tratamento dentário, é consequência da ausência do Estado em possibilitar o acesso do cidadão aos cuidados odontológicos. Com o aumento de idade, observa-se a redução no número de dentes, maior insatisfação e maior insatisfação com a condição bucal. Deste modo, o idoso apresente um grau de conformismo com a situação dentária, deixando de lado qualquer tratamento, valorizando assim, a extração dentária. Ainda de acordo com o estudo, os contrastes de norte e de sul demonstram que 39,5% dos indivíduos adultos da região Norte apresentam insatisfação da condição bucal, contra 25,5% da região sul. Prevalência desaparece quando observado as relações do idosos (BRASIL, 2011).

Continuando o levantamento epidemiológico promovido pelo SB-Brasil 2010, os resultados mostraram melhoras em relação à perda dentária em adultos, diminuiu de 13% para 7,4%. O mesmo levantamento constatou também nessa faixa etária que 14,7% nunca consultaram o dentista ao longo da vida, que a prevalência de necessidade de tratamento dentária era de 46,6% e que apenas 7,3% não necessitavam de prótese dentária. (BRASIL, 2011). Nos idosos, o edentulismo permaneceu próximo de 54% em ambos os levantamentos. Fato este, que evidenciou a necessidade de mais de três milhões de idosos era de prótese total em pelo menos um maxilar e mais de quatro milhões era de prótese parcial (BRASIL, 2011). A falta de atenção e o padrão mutilador da prática odontológica, dirigidos esse grupo no passado tornou o edentulismo uma condição frequente no Brasil (BRASIL, 2011). E esta realidade é algo preocupante quando analisarmos que das 5 regiões brasileiras, 4 demonstraram que cerca de 18% dos jovens de 12 anos nunca foram ao dentista, valor que diminui para 9,8% para a região sul. Se considerarmos que adultos de amanhã, são os jovens de hoje, os dados apresentados evidenciam a ausência de 1/5 da população brasileira sem qualquer contato com procedimentos odontológicos e consequente ausência de tratamentos básicos essenciais como os profiláticos, endodônticos e ortodônticos.

A perda dentária é uma questão de saúde pública global e que merece atenção. Os dados abaixo demonstraram o contrassenso brasileiro, que mesmo possuindo

quase 20% dos dentistas do mundo é incapaz de reduzir o número de cidadãos com perda dentária. A figura abaixo apresenta os dados relativos de acordo com cada país analisado. (PERES, 2010)

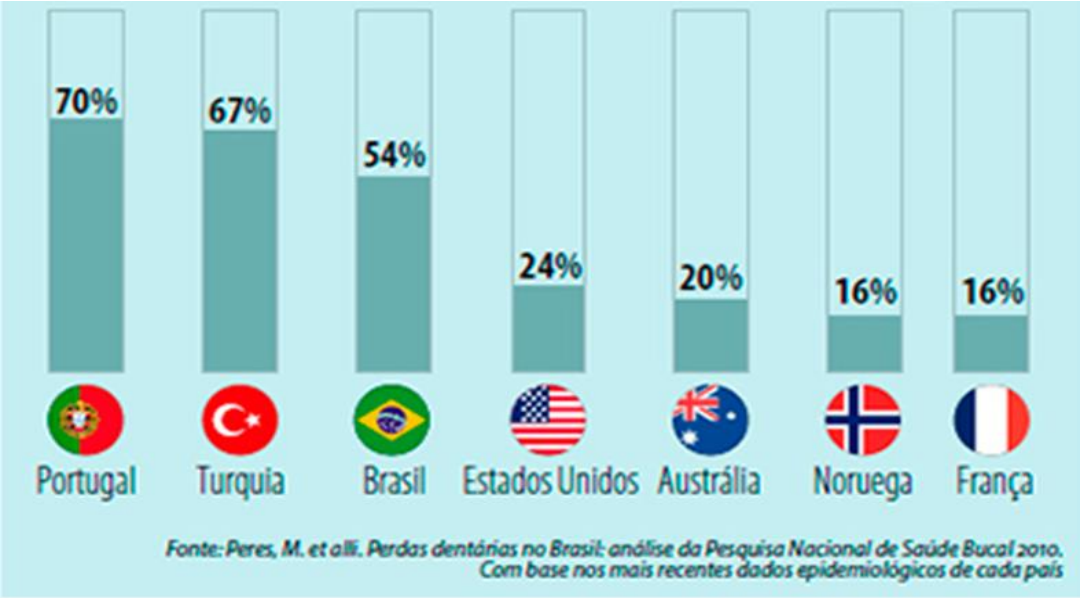

Figura 4. Percentual da população com perde dentária. (PERES, 2010)

Para compreender a situação populacional Paulista, Estado de maior população elaborou um estudo detalhado das condições relativas à saúde bucal do idoso de forma a identificar dados precisos à situação do indivíduo. Entretanto, antes de adentrar aos números da pesquisa, é fundamental destacar a organização da saúde paulista, vez que referido Estado possui divisões em regiões administrativas. Estas regiões integram o modelo de Macrorregiões, sendo no caso em tela, 6 (seis) macrorregiões. Macrorregião 1, composta pela Capital e pelos Municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo; Macrorregião 2, com os municípios da baixada Santista, Registro e Taubaté; Macrorregião 3, Bauru, Marília e Sorocaba; Macrorregião 4, Araçatuba, Presidente Prudente e São José do Rio Preto; Macrorregião 5, Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto; e Macrorregião 6, Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista. Ainda em cada uma das macrorregiões. Ainda temos os fatores de que todos estes municípios citados em cada macrorregião, são sedes de Diretoria Regional de Saúde, as chamadas DRSs do Estado.

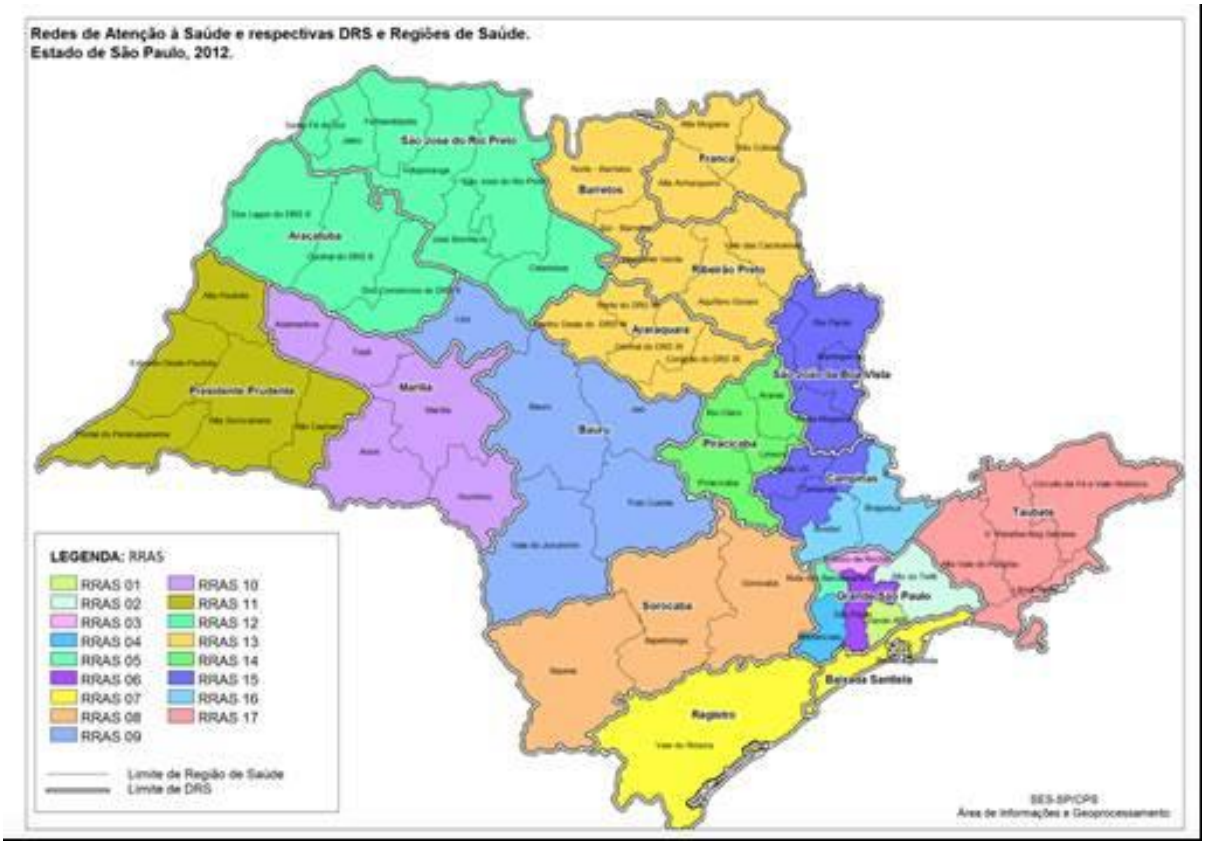

Figura 5. Redes de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde de São Paulo

Neste sentido, temos para DRS I - da Grande São Paulo, com 39 municípios, subdivididos em 6 Regionais de Atenção à Saúde (RRAS): Grande ABC, Alto Tietê, Franco da Rocha, Mananciais, Rota dos Bandeirantes, São Paulo; Já a DRS II – de Araçatuba, é composta por 40 municípios, subdivididos em 3 RRAS: Central do DRS II, Dos Lados da DRS II, Dos Consórcios do DRS II; DRS III – de Araraquara, composta por 24 municípios e subdivididos em 4 RRAS: Central do DRS III, Centro Oeste do DRS III, Norte do DRS III e Coração do DRS III; DRS IV – Baixada Santista, composta por 9 municípios e subdividida em apenas 1 RRAS: Baixada Santista; DRS V – Barretos, composta por 18 municípios e subdividida em 2 RRAS: Norte Barretos e Sul Barretos; DRS VI – Bauru, composta por 68 municípios, subdividida em 5 RRAS: Vale do Jurumirim, Bauru, Polo Cuesta, Jaú e Lins; DRS VII – Campinas, composta por 42 municípios e subdividido em 4 RRAS: Campinas, Oeste VII, Bragança e Jundiaí; DRS VIII – Franca, composta por 22 municípios e subdividido em 3 RRAS, Três Colinas, Alta Anhanguera e Alta Mogiana; DRS IX – Marília, composta por 62 municípios e subdividida em 5 RRAS: Adamantina, Assis, Marília, Ourinhos e Tupã; DRS X –

Piracicaba, composta por 26 municípios e que conta com 4 RRAS: Araras, Limeira, Piracicaba e Rio Claro; DRS XI – Presidente Prudente, composta por 45 municípios de subdividida em 5 RRAS: Alto Paulista, Alto Sorocabana, Alto Capivari, Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema; DRS XI - Registro, composta por 15 municípios e subdividida em apenas 1 RRAS: Vale do Ribeira; DRS XIII - Ribeirão Preto, composta por 26 municípios e subdividida em 3 RRAS: Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras; DRS São João da Boa Vista, composta por 20 municípios e subdividida em 3 RRAS: Baixa Mogiana, Mantiqueira, e Rio Pardo; DRS XV – São José do Rio Preto, composta por 102 municípios, sendo esta a com maior número de cidades e subdividida em 7 RRAS: Catanduva, Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, São José do Rio Preto, José Bonifácio e Votuporanga; DRS XVI – Sorocaba, composta por 48 municípios e subdivida em e RRAS: Itapetininga, Itapeva e Sorocaba e por último DRS XVII – Taubaté, composta por 39 municípios e divididos em 4 RRAS: Alto Vale Paraíba, Circuito Fé – V. Histórico, Litoral Norte e Vale Paraíba-Reg. Serrana (SES - São Paulo, 2012).

A organização paulista contribuiu para que em 2015, fosse realizado o levantamento epidemiológico do Estado de São Paulo, sendo que o CPOD ("cariados", "perdidos" e "obturados", e o D indica que a unidade de medida é o dente) foi de 15,84 e 28,22 para os adultos e idosos, respectivamente, o que representou aumento de 43,87% no índice de cárie dentária quando comparado com os dados de 2010. O componente dente perdido (P) representou cerca de 90% do índice. No uso e necessidade de próteses, para prótese inferior 36,66% não necessitava e 37,27% necessitava de prótese total. Já para arcada superior, 46,53% não necessitava de prótese e 41,11% necessitava de prótese total. (SB-São Paulo, 2015).

Figura 6. Mapa do Estado de São Paulo com o percentual dos habitantes cometidos de CPOD - SB-São Paulo, 2015

Os dados coletados no SB-São Paulo trouxeram informações preocupantes para todo o sistema público de saúde. Ao analisar o grupo de indivíduos com 65 anos ou mais, ficou constatado que 28,22% da população já precisaram de alguma intervenção odontológica ou que já sofreram perda dentária.

A pesquisa evidenciou pouca variação entre os percentuais, independente da região geográfica/populacional paulista.

Em que pese o Estado de São Paulo seja tido como o mais rico e mais desenvolvido da Federação, (SB-São Paulo, 2015), o acesso do idoso ao serviço odontológico público não é acessível à todos, posto que, 53,80% relataram que a última consulta odontológica foi realizada no serviço particular, enquanto que 35,71% fizeram o uso do sistema público, sendo que no caso do serviço público, 40,54%, procuraram o serviço odontológico para procedimentos causados em decorrência da ausência de tratamento preventivo e endodontia. Na esteira de atender as demandas dos idosos, é fundamental a ampliação na oferta dos serviços de atenção odontológica, principalmente em nível secundário, além da ampliação da reabilitação

protética, corroborando assim, para o cumprimento dos princípios legais e éticos do Sistema Único de Saúde (PINTO, 2013). O tratamento protético deve ser utilizado como última opção vez que, a perda dentária é algo irreversível e o cidadão não pode perder seus dentes por ausência de atenção estatal à Saúde Bucal.

E mais, ao analisarmos os resultados do SB-São Paulo, o índice de cidadãos com prótese superior na faixa de 35-44 anos sobre de 5,45% para 64,71%, quase 12 vezes mais, sendo que no caso da prótese inferior a relação de adultos na faixa de 35-44, possui a marca de apenas 1,38%, contra 38,68%, uma relação 28 vezes superior. Fato que comprova a ausência de tratamento na faixa etária dos indivíduos que segundo a pesquisa encontra-se no auge da atividade econômica.

A perda dentária deve ser considerado como um ponto importante na saúde pública, vez que, a mesma ainda gera uma grande demanda por tratamento protéticos, tornando-se um desafio para os gestores públicos em ofertar atenção em saúde adequada às necessidades da população (CAMPOS et al., 2014), vez que, a mesma não pode deixar de observar a importância da presença dos dentes ao longo da vida do indivíduo. A manutenção de dentição é um direito que merece ser respeitado e cabe aos gestores a criação de meios para execução de programas e políticas condizentes com as necessidades. Dessa forma, a implementação de um serviço público preventivo é algo que deve ser planejado e monitorado. Os cidadãos precisam conhecer as medidas preventivas de modo que, com o passar dos anos, o sistema protético torne-se algo empregado em último caso e para uma pequena parcela da sociedade. Uma realidade diferente da atual, vez que, o aumento das próteses demonstra como a saúde bucal é tratada e suas consequências na sociedade brasileira (COLUSSI; FREITAS, 2002)

O paciente deve compartilhar de responsabilidade de manter a saúde bucal, por meio dos cuidados de higiene, vez que todo tratamento pode sofrer destruição se o indivíduo não fizer a sua parte.

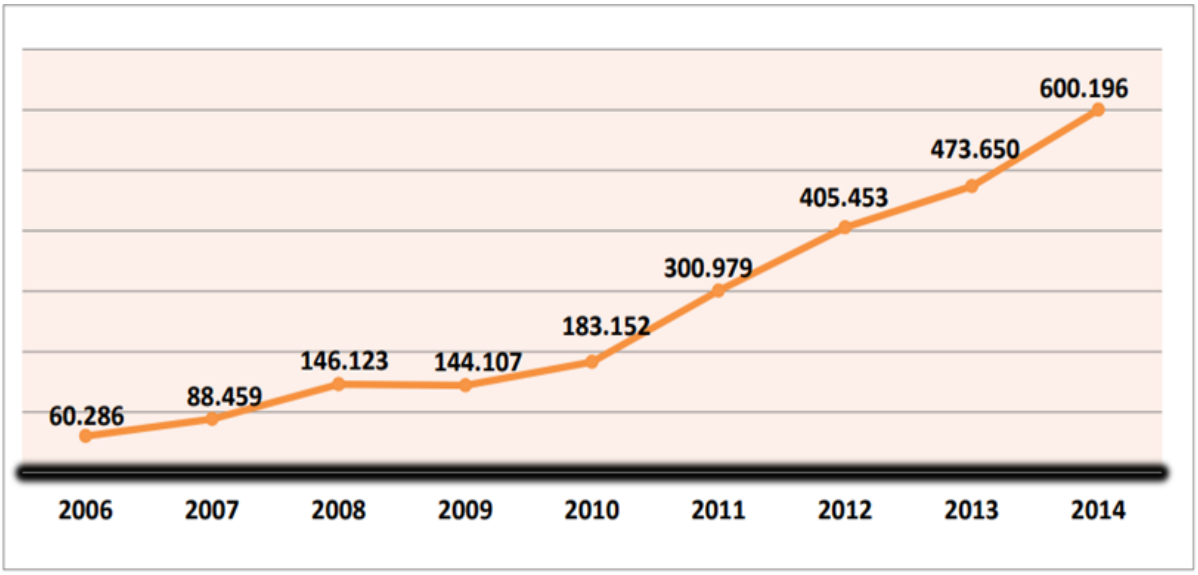

Figura 7. Produção de próteses dentárias no SUS, durante o período de 2006-2014. Brasil, 2015

Vale destacar ainda, a auto percepção dos idosos quanto ao impacto das condições bucais na qualidade de vida, sendo que o maior problema identificado no levantamento epidemiológico (2015) foi “comer” (22,28%), seguido por “vergonha de sorrir ou falar” (15,94%). Fato este que salienta a importância dos dentes especialmente para comer, sorrir e falar, calcado no tripé da função mastigatória, função, estética e fonética, e a consequente promoção da qualidade de vida dos idosos.

Após essa contextualização das condições de vida e de saúde do idoso frente a situação jurídica no tocante aos direitos, torna-se necessário o conhecimento do padrão do acesso dessa parcela populacional aos serviços públicos de saúde bucal, o que possibilita, não somente verificar a qualidade dos acessos, resguardando o Estatuto do Idoso, mas também disponibilizar aos gestores dados para a realização de planejamento estratégico da oferta desses serviços, corroborando assim para melhoria na qualidade de vida dos idosos brasileiros e ao mesmo tempo, elaborar políticas públicas de enfrentamento no sentido de promover tratamento preventivos e restauradores, evitando a reabilitação oral para o menor número de casos.

Ainda dentro do conteúdo dos direitos e garantias individuais na reabilitação oral dos idosos alguns citados anteriormente serão relacionados às opções do conteúdo

Os dados referentes aos Levantamentos Epidemiológicos 2003 e 2010, serão discutidos abaixo. Em relação à cárie dentária, pode-se verificar que entre os idosos de 65 a 74 anos, o CPOD passou de 27,8 para 27,5, entre 2003 e 2010, respectivamente, sendo que esta redução se deu em função da extração dentária. A extração deu-se em função da ausência de importância aplicada do indivíduo aos dentes, tornando assim, componente extraído indicando assim, maior prevalência correspondendo ao componente “extraído”. No SB-São Paulo (2015), o CPOD em indivíduos acima de 65 anos foi 28,22, acima da média nacional. Dentre os componentes do CPOD, dentes extraídos (25,87) foi o item mais prevalente (SB-São Paulo, 2015).

Situação odontológica demonstrou que as condições periodontais nesse grupo etário mostraram que 90,5% tinham sextantes excluídos, o que evidencia a ausência de atenção preventiva e curativa. Dos sextantes em condições de exame em idosos, 4,2% apresentavam cálculo e 3,3% bolsas periodontais, sendo que, dessas, 2,5% eram bolsas rasas. Tanto em âmbito nacional quanto em cada uma das regiões, foi observado um percentual muito elevado de sextantes excluídos (90,1% para o Brasil). Em 6,0% dos idosos foi possível identificar perda de inserção de 0 a 3mm e, em 3,9%, perda de inserção de 4mm ou mais. Observa-se que os idosos que apresentaram sextantes preservados, tinha sua condição bucal evidências de cuidado.

Nas condições periodontais dos idosos (2015), o sangramento afetou 44,90% dos idosos da amostra, cálculo (60,63%), Bolsa Rasa (25,48%) e Bolsa profunda (12,05%) foram observados. 59,01% dos idosos apresentou todos os sextantes perdidos, além de 31,91% que apresentou um ou mais sextantes perdidos (SB-São Paulo, 2015). Deve-se destacar que o devida à perda dentária, os percentuais da doença periodontal pode se apresentar reduzidos, uma vez que não entram no cálculo.

Dentre os indivíduos pesquisados desprovidos de dentição, a faixa etária de 65 a 74 anos, demonstravam que apenas 23,5% de idosos não usavam algum tipo de prótese dentária superior. A situação agrava-se na região Nordeste, que apresenta o maior percentual do Brasil 31,4%, enquanto que a Região Sul, torna-se a menor com 16,5%. Condição de perda dentária demonstra números preocupantes quando observado a porcentagem de usuários de prótese total foi de 63,1% para o Brasil,

variando de 65,3% na Região Sul a 56,1% na Região Nordeste. Já a proporção de indivíduos que não usava prótese inferior é de 46,1%, sendo maior nas regiões Norte e Nordeste (55%). A porcentagem de usuários de prótese total foi de 37,5% para o Brasil, estando a maioria na Região Sul (40,4%) e a menor porcentagem na Região Nordeste (30,8%). Os dados demonstram a carência da região Norte, vez que, o número de usuários sem as próteses demonstra variação de quase 10%.

As desigualdades promovidas pela ausência de observação e aplicação dos direitos dos idosos tornam-se marcantes quando observado a proporção de indivíduos de 65 a 74 anos que não necessitavam de prótese dentária foi igual a 7,3%, sendo marcantes as diferenças entre as regiões. Na Região Sul, a proporção foi de 12,7% e, na Região Norte, de 2,8%. A maior necessidade foi a de prótese parcial em um maxilar (34,2%), 15,4% das pessoas necessitava de prótese total nos dois maxilares, sendo a maior necessidade na Região Norte (17,6%) e a menor na Região Sul (6,9%). Um percentual de 5,0% apresentou necessidade de prótese parcial associada à prótese total. Em relação ao uso de próteses (2015), verificou-se que somente 24,21% (superior) e 47,70% (inferior) dos indivíduos não utilizavam próteses, sendo que a maioria utilizava próteses totais (PT): 64,71% na arcada superior e 38,68% na arcada inferior. Idosos que não usavam próteses em ambas as arcadas foram 21,05% da amostra. O exame analítico dessas condições demonstram que os números escancaram a realidade da violação da dignidade humana. Os indivíduos pesquisados evidenciam o elevado números de idosos que não tiveram acesso ao serviço odontológico preventivo e restaurativo.

Ao se analisar as diretrizes constitucionais, pode-se identificar elementos que determinam o modelo pelo qual os cidadãos devem seguir e ao mesmo tempo, expõe os direitos e garantias de cada um. Diante da norma máxima constitucional e em decorrência dos avanços sociais, o Brasil tanto ratificou tratados internacionais quanto elaborou normas específicas para adequar os direitos contemplados de forma genérica, assegurando aos grupos vinculados às normas proteção e direito como no caso do Estatuto do Idoso.

A vulnerabilidade inerente ao avanço da idade pode ser entendida como um fator de risco para a saúde do idoso. Desta forma, é essencial a observação e aplicação dos direitos daqueles com 60 ou mais anos de vida. Ao se analisar a

situação da saúde bucal dos idosos brasileiros, comprova-se a ausência da aplicação das normas constitucionais e infraconstitucionais vez que, o estado de miserabilidade social, demonstrado nas condições bucais servem para atestar a não aplicação do direito do cidadão brasileiro ao longo da vida. Logo, devem os gestores elaborar planejamento de programas de prevenção e tratamento tanto em nível nacional, quanto nos âmbitos estadual e municipal, para somente assim, disponibilizar aos cidadãos meios efetivos para que eles possam ter o mínimo assegurado em lei e que não contemplam as diretrizes legais promovendo no brasil uma sociedade marcada pela iniquidade onde o adulto de hoje será o idoso de amanhã com severas sequelas de saúde com início da boca e reflexos em todo o sistema biológico vez que, as comorbidades oriundas da ausência dos cuidados bucais progridem em elevados níveis, podendo, inclusive levar ao óbito. A ausência da mastigação correta acarreta distúrbios que podem levar ao aumento de peso seguido da elevação pressão arterial, comprometendo os rins e alguns casos, o diabetes, sendo que nesta situação os dados causados pelo aumento da glicemia, pode desencadear problemas como a cegueira chegando em alguns casos na amputação de membros.

Em todos os casos, os gastos com o tratamento das comorbidades junto ao sistema público gera despesas que poderiam ser evitadas com a observação e aplicação das normas legais. Como se pode relacionar por meio do mapa de ideias onde a vulnerabilidade aliada a idade avançada e pouco acesso de atendimento odontológico aumentou a aplicação de recursos para a manutenção da saúde do idoso.

Programas de saúde bucal devem ter como público-alvo jovens e adultos, no sentido de orientar quando a manutenção da saúde bucal especialmente na manutenção dos dentes. Para que futuramente o indivíduo idoso não tenha se submeter ao tratamento reabilitador como se pode observar nos dados do levantamento epidemiológicos de 2010.

O universo populacional no ano de 2010 era de 194.890.682 brasileiros, sendo 14.265.998 de idosos com 65 anos ou mais, destes que precisavam de algum tratamento reabilitador era 13.224.581, onde 2.196.963 eram edêntulos. A proporção de idosos que não precisavam de prótese dentária foi igual a 7,3% e que necessitavam de prótese total nos dois maxilares foi de 15,4%.

A necessidade de reabilitação oral no idoso é um grave problema de saúde pública, devendo ser analisado não só nas bases legais, mas também em questões econômicas, sociais e humanitárias. O idoso deve ser respeitado em nível digno para se evitar a desnutrição e a exposição as novas patologias em decorrência da ausência da dificuldade da digestão dos alimentos e da absorção dos nutrientes. Fato este que leva o idoso a buscar alimentos de baixo valor nutricional, ricos em calorias deixando o organismo com debilidade e baixa imunidade.

A manutenção da saúde bucal do longo da vida do indivíduo favorece os hábitos alimentares e reforça a imunidade, evitando que outras comorbidades tais como hipertensão, diabetes, dislipidemias, problemas cardiovasculares, entre outras, possam necessitar de um grande aporte financeiro para atender essas necessidades.

Ainda que em 2010 tenham sido confeccionadas 183.152 próteses para todas as faixas etárias, deve-se analisar que a necessidade de próteses para a faixa etária 65-74 anos foi de 13.224.581, o que representaria, no caso de todas as próteses terem sido confeccionadas para os idosos, certa de 1,4% de toda demanda nacional. Em relação aos procedimentos preventivos e de restauração, analisando todas as faixas etárias no mesmo período o Brasil forneceu 635.300 mil procedimentos endodônticos, 3.743.408 procedimentos restauradores de média e alta complexidade e 26.043.708, realizaram a primeira consulta odontológica.

Os dados apresentados e discutidos evidenciam a ausência estatal na prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal do idoso, disseminando na sociedade brasileira um grupo de pessoas vulneráveis que necessitam de cuidados e atenção para obterem o mínimo assegurado na Constituição. A falácia Constitucional acarreta prejuízo e danos irreparáveis à saúde do cidadão, em especial a saúde bucal.

A solução para equalizar os problemas apresentados afim de termos uma nação onde as normas constitucionais e infraconstitucionais são aplicadas em benefício da saúde da população é a reabilitação parcial ou total de todos aqueles que necessitem e programas promocionais/preventivos para manutenção da saúde bucal.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Após o exame analítico e a análise criteriosa dos elementos que contribuíram para a elaboração deste trabalho, pode-se concluir que reabilitação oral do idoso frente ao direito e às garantias fundamentais respaldados no estatuto é um direito amplamente difundido, porém pouco executado. A associação de ideias por meio de mapas evidenciou que, a vulnerabilidade do idoso o qual esteve exposto à diferentes fatores de risco para perda dentária ao longo da vida, chegando às idades mais avançadas com a necessidade de reabilitação oral, para mitigar os demais problemas de saúde.

O idoso brasileiro é carente de assistência odontológica especialmente na reabilitação oral, demonstrando a necessidade premente de se ampliar o acesso ao tratamento na rede pública e incentivar os cuidados básicos com a higiene bucal. É fundamental que o Poder Público garanta de forma efetiva a promoção dos direitos de todos, vez que, o jovem de hoje, será o idoso de amanhã.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABREU, CÉLIA BARBOSA; TIBURCIO, DALTON ROBERT. Oferta obrigatória de planos de saúde individuais e familiares: livre iniciativa e direito fundamental à boa regulação. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 209-233, Aug. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392018000200209&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 Jan. 2020.

ALCÂNTARA, C. M.; DIAS, C. A.; RODRIGUES, S. M.; REIS, F. A. Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador Valadares-MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1023-44, 2011.

ALCARDE, A. C. B. et al. A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. **Rev. odonto ciênc,** Porto Alegre. v. 25, n. 2, p. 126-31, 2010.

ALMEIDA, D.C. **Estatuto do Idoso: real proteção aos direitos da melhor idade? Jus Navigandi**. Disponível em: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4402. Acesso: em: 10 Jan. 2020.

ALONSO, Fábio Roberto Bárboli. **Envelhecendo com Dignidade: O Direito dos Idosos como o Caminho para a Construção de uma Sociedade para Todas as Idades.** Disponível em: https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/1123. Acesso em: 10 nov. 2019

AMADEI, José Roberto Placido, FERRAZ, Valéria Cristina Trindade. **Guia para elaboração de Trabalhos Acadêmicos**. Bauru: USP, 2010. Disponível em: https://usp.br/sddarquivos/arquivos/abnt14724.pdf. Acesso em 24 de mar. 2021.

ANDRADE, Fabiola Bof de et al . Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1965-1975, Oct. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Mar. 2019.

ANTUNES, Marcelo Moreira. Técnica Delphi: metodologia para pesquisas em educação no Brasil. **Rev. educ. PUC-Camp.**, Campinas, 19(1):63-71, jan./abr., 2014. Disponível em: http://periodicos.puc-

campinas.edu.br/seer/index.php/reveducacao/article/view/2616. Acesso em: 10 Mar. 2019.

ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à saúde. Práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 140.

AZEVEDO, Aldilene Abreu de; GIRIANELLI, Vania Reis; BONFATTI, Renato José. A efetividade da lei de prioridade especial quanto às demandas judiciais de saúde na 2ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, e200212, 2020 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000400207&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 fev. 2021.

BALDANI, M. H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 150-62, 2010.

BARBOSA, GABRIELLA SOUSA DA SILVA; LOSURDO, FEDERICO. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 165-186, Aug. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392018000200165&lng=en&nrm=iso.Acesso em: 6 Ago. 2019.

BARROSO, L. R. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *In* Thesis**, Rio de Janeiro, vol.5, no 1, 2012, p. 23-32

BAUER, JG. The index ADOH: concept of measuring self care functioning the elderly. **Special care dentistry,Hoffman Estates, IL, v 21: 63-67, 2001**

BELTRAME DE MOURA, A. RELAÇÃO ENTRE A RECEPÇÃO DAS NORMAS DE DIREITO INTERNACIONAL E O GRAU DE ABERTURA DAS CONSTITUIÇÕES AOS FENÔMENOS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL. **Rev. secr. Trib. perm. revis.**, Asunción, v. 6, n. 12, p. 287-301, Aug. 2018. Disponível em: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-78872018001200287&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Jan. 2020.

BEZERRA, R.M.N. **Instituição do Estatuto do Idoso e conceito de idoso**. In: Pinheiro NM organizadora. Estatuto do Idoso Comentado. Campinas: LNZ; 2006. p. 5-10.

BOBBIO N. **O tempo da memória: de senecture e outros escritos autobiográficos**. Rio de Janeiro: Campus; 1997

BOBBIO, Norberto. **A era dos Direitos**. Trad. de: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 25.

BOTELHO, Bruno Oliveira de et al . Experiências de formação no contexto da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 25, e200195. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000100502&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jan. 2021.

BOURDIEU, P. **Sobre o estado. São Paulo**: Companhia das Letras, 2014., p. 38

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

_____. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências: Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1990.

_____. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências: lei federal nº 8.842/94, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1994

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, 2009

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

_____. Ministério da Saúde, **Coodenação Nacional de Saúde Bucal**. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1395/GM de 10 de dezembro de 1999**. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília. DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Planejamento. **ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais**- Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro. 2010a.

_____. Ministério do Planejamento. **ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil**. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistênci**a. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde Departamento De Atenção Básica Coordenação Nacional De Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

_____. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências: Lei Federal Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2012.

_____. **Relatório De Desenvolvimento Humano.** Ranking IDH global 2014. Disponível em: http://www.br.undp.org. Acesso em 10 out. 2019

_____. Senado Federal, Secretaria Especial de Comunicação Social, Subsecretaria de Pesquisa e Opinião Pública. **Violência doméstica contra mulher.** Brasília; 2005. Disponível em: http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulher/docs/relatorio_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 17 dez. 2019.

_____. STF. Recurso Extraordinário. Disponível em: https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14818557/recurso-extraordinario-re-198265-rs-stf. Acesso em: 18 de dez 2019.

_____. STJ. Recurso Especial. Disponível em: https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/604630/recurso-especial-resp-809329-rj-2006-0003783-6. Acesso em: 18 dez 2019.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. Envelhecimento, Ética E Cidadania. **Rev. O Neofito**. Rio de Janeiro. 2001 Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/3.pdf. Acesso em: 18 dez. 2019

BULGARELLI, Alexandre Fávero; MANCO, Amábile Rodrigues Xavier. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1165-1174, Aug. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Ago. 2020.

CAMPOS ACV, VARGAS AMD, FERREIRA EF. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros : um estudo de gênero com modelo hierárquico. **Cad Saúde Pública.** São Paulo, 30(4):757-773., 2014.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; VARGAS, Andréa Maria Duarte; FERREIRA, Efigênia Ferreira e. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 4, p. 757-773, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400757&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2019.

CANCELA, D M G. **O processo de envelhecimento.** Disponível em: https://www.psicologia.pt/pesquisa/index.php?q=diana%20manuela%20gomes. Acesso em: 17 dez. 2019.

CARDOZO, Débora Deus et al . Validity and reliability of the Brazilian Primary Care Assessment Tool: Oral Health of Adults. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 23, e200076, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100464&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jan. 2021.

CARNEIRO, R. M. V. **Saúde bucal em idosos institucionalizados da cidade de São Paulo: estudo epidemiológico e de auto-percepção**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo

CARNEIRO, Rachel Shimba; FALCONE, Eliane Falcone. Avaliação de um programa de promoção de habilidades sociais para idosos. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 34, n. 3, p. 279-291, set. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312016000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 28 jan. 2020.

CASTRO, Henrique Hoffmann Monteiro de. **Do direito público subjetivo à saúde:conceituação, previsão legal e aplicação na demanda de medicamentos em face do Estado-membro.** Disponível em: https://www.oabsp.org.br/subs/santoanastacio/institucional/artigos/O-direito-constitucional-da-saude-e-o-dever-do. Acesso em: 17 jan. 2021

CASTRO, Matheus Felipe de; MEZZAROBA, Orides. History of Brazilian Constitutional Law: 1824's Constitution of the Empire of Brasil and the Private Slavery System. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis , n. 78, p. 11-36, Apr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552018000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 Jan. 2020.

CAVAGIONI, L. C. de. **Influência do plantão de 24 horas sobre a pressão arterial e o perfil de risco cardiovascular em profissionais da área da saúde que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CECCON, Roger Flores et al . Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 17-26, Jan. 2021 . Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 fev. 2021.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos de saúde do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 18, n. 5, p. 1313-20, 2002.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 9, p. 1731-1745, Sept. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Mar. 2019.

COLUSSI, Claudia Flemming; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CALVO, Maria Cristina Marino. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 7, n. 1, p. 88-97, Mar. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Mar. 2019.

COMPARATO, F.K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 2. Ed. São Paulo: Malheiros Editores; 2003. p.49

COMOGLIO, L. P., **Lezioni sul Processo** Civile, 2ª. Ed., Bologna, Il Mulino, Italy., 1998, p. 57 (em coop. Com Conrrado Ferri e Michele Taruffo)

CONCONE, M. H. V. B. (2005). **O corpo: Cultura e Natureza. Pensando a velhice**. Em C. B. (Ed.) *Velhice, envelhecimento, complex (idade)*. São Paulo: Vetor; 2005, p. 137-139

CONCONE, M.H.V.B.,. **O corpo: cultura e natureza pensando a velhice**.

CORMACK, E. **A saúde oral do idoso**. [online] p.1-10, 1998. Disponível: www.odontologia.com.br/artigos/ geriatria.html. Acesso em: 17 dez. 2019

COSTA, I. M. D.; MACIEL, S. M. L.; CAVALCANTI, A. L. Acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimento por pacientes idosos em Campina Grande – PB. **Odontol. Clín. Científ**.,Rio de Janeiro v. 7, n. 4, p. 331-5, 2008.

COSTA, Rafael de Oliveira. Estado Transicional de Direito. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 4, p. 2773-2791, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662017000402773&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 Jan. 2020.

COXO, Ana Raquel. A responsabilidade civil extracontratual do Estado-Legislador por omissões legislativas inconstitucionais e a incógnita em torno dessa responsabilidade no caso de omissões legislativas ilegais: O caso das leis reforçadas. **e-Pública**, Lisboa , v. 4, n. 2, p. 246-272, nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-184X2017000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 Dez. 2020.

DALLARI, S.. **Direito à saúde.** Disponível em: http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm. Acesso em 17 dez. 2019.

DAVID E.M.G.F. **Estatuto do Idoso: pontos fundamentais**. Brasília: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados; 2003.

DE OLIVEIRA, Marcus Vinicius Xavier. OS DIREITOS ABSOLUTOS NO CONTEXTO DO DIREITO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Rev. secr. Trib. perm. revis.**, Asunción , v. 7, n. 13, p. 95-119, Mar. 2019. Disponível em: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-78872019001300095&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Jan. 2020.

DEFOSSEZ, DELPHINE AURELIE LAURENCE. Consumer law in Constitution: a big mistake? The specific case of aviation in Brazil. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba , v. 4, n. 3, p. 61-83, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392017000300061&lng=en&nrm=iso. Acesso em 6 Jan. 2020.

DIAS, A.M. **O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de Vale do Itajaí, Santa Catarina

DIAS, M. B. **Manual de Direito das Famílias**. 11 ed. rev., atual. ampl. , São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016

DUNKERSON, J.A. **O atendimento ao paciente odontogeriátrico**. p.1-9, 1998.Disponível em: www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html. Acesso em: 17 dez. 2019

Ettinger RL. Oral health needs of the elderly – an international review. Int Dent J 1993; 43:348-54.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro v. 43, n. 2, p. 445-56, 2009.

FERNANDES NETO, RAIMUNDO AUGUSTO; CUNHA, JÂNIO PEREIRA DA. A nova cláusula de barreira e a sobrevivência das minorias. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba , v. 6, n. 1, p. 189-219, Apr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392019000100189&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Jan. 202.

FERREIRA, A. B. H. Miniaurélio: **o minidicionário da língua portuguesa** 6ª ed. rev. atualiz. Curitiba: Positivo, 2004.

FILHO, M. G. F **Curso de direito constitucional**. 40ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015. P. 326

FIORI, J. L. **Estado do bem-estar social:** padrões e crises. Instituto de Estudos Avançados Universidade de São Paulo. Disponível em: http://www.iea.usp.br/artigos/fioribemestarsocial.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020

FISKE J, DAVIS DM, LEUNG KC, MCMILLAN A S, SCOTT BJ. **The emotional effects of tooth loss in partially dentate people attending prosthodontic clinics in dental schools in England, Scotland and Hong Kong: a preliminary investigation**. Int Dent J 2001; 51(6):457-462. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11789714/. Acesso em: 26 jan. 2020.

FREITAS, Beatriz Cristina de; FONSECA, Emílio Prado da; QUELUZ, Dagmar de Paula. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática.**Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 24, e190345, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100303&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jan. 2021.

FREITAS, Beatriz Cristina de; QUELUZ, Dagmar de Paula. A judicialização de demandas odontológicas e o direito à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 739-748, Sept. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300739&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jan. 2021.

FERREIRA, Raquel Conceição et al . Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 11, p. 2375-2385, Nov. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Mar. 2019.

FREITAS, Yan Nogueira; LIMA, Kenio Costa; SILVA, Diviane Alves da. Condições de saúde bucal e capacidade funcional em idosos: um estudo longitudinal de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 670-674, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300670&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 Jan. 2020.

GAIÃO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACK, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária. **Rev. Bras. Epidemiol.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 316-23, 2005.

GALINDO, Bruno. Transitional Justice in Brazil and the Jurisprudence of the Inter-American Court of Human Rights: a difficult dialogue with the Brazilian judiciary*. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis, n. 79, p. 27-44, Aug. 2018

. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552018000200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 Dez. 2019.

GIORDANI JMA, de Slavutzky SMB, Koltermann AP, Pattussi MP. **Inequalities in prosthetic rehabilitation among elderly people: the importance of context. Community Dent Oral Epidemiol**. 2011;39(3):230–8. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00587.x. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2010.00587.x. Acesso em: 26 jan. 2020.

GOMES, Camilla Borges Martins; MATOS, Helena Ferreira. O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 766-774, Mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662019000100766&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Jan. 2020.

GOMEZ-GARCIA, Carlos A.; BUILES-VELASQUEZ, Alejandro. El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. **Rev. Fac. Derecho Cienc. Polit. - Univ. Pontif. Bolivar.**, Medellín , v. 48, n. 128, p. 135-167, June 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-38862018000100135&lng=en&nrm=iso. Acesso em 6 Jan. 2019.

GRAEFF, Bibiana. A pertinência da noção de ambiências urbanas para o tema dos direitos dos idosos: perspectivas brasileiras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 611-625, Sept. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300611&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Set. 2019.

GREGORY, J. et al. Experiences and perceptions of oral health and oral health care among a sample of older New Zealanders. **Gerodontology.** v. 29, p. 54–63, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20609006/. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2010.00402.x. Acesso em: 8 jan. 2019.

HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 395-405, Feb. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200395&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 Set. 2020.

HAIKAL, Desirée Sant'Ana et al . Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, July 2011 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800031&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Mar. 2019.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996. P.366.

HULSE, Gary K. Alcohol, drugs and much more in later life. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 34-41, Apr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 Ago. 2019.

HUMENHUK, Hewerstton. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais.** Disponível em: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4839&p=2. Acesso em 17.mar.2010

JESUS, W. L. A; ASSIS, M. M. A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.

JITOMIRSKI, Fanny. In. Pinto, Vitor Gomes. Saúde bucal coletiva. São Paulo, Santos, 4 ed; 2000. p.457-72.

JOVINO-SILVEIRA RC, CALDAS JÚNIOR AF, SOUZA EHA, GUSMÃO ES. **Primary reason for tooth extraction in a brazilian adult population**. Oral Health Prev Dent 2005; 3(3):151-158. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16355648/. Acesso em 26 jan. 2020.

KRUGER, Tânia Regina; SERAPIONI, Mauro. A participação nos sistemas de saúde de Brasil e Portugal: potencialidades e desafios. **Soc. estado.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 231-257, Jan. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922020000100231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 Set. 2020.

LAKS, Jerson; WERNER, Jairo; MIRANDA-SA JR., Luiz Salvador de. Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl. 2, p. s80-s85, Oct. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Jan. 2019.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 700-701, jun. 2003 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 jan. 2021.

LIMONGI-FRANÇA A. C. **Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho: um estudo comparativo entre satisfação dos empregados e esforço empresarial nas empresas com certificado ISO9000**. 1996. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia e Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo da USP.

LYNCH, Christian Edward Cyril; MENDONCA, José Vicente Santos de. Por uma história constitucional brasileira: uma crítica pontual à doutrina da efetividade. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 974-1007, June 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662017000200974&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Dez. 2020.

MACHADO, Cristiani Vieira et al. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão na Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 12, p. 4681-4691, Dec. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001204681&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jan. 2021.

MACHADO, L. P.; CAMARGO, M. B. J.; JERONYMO, J. C. M.; BASTOS, G. A. N. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 46, n. 3, p. 526-33, 2012.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 15-24, Jan. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 Set. 2020.

MANHÃES, A. L. D.; COSTA, A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 207-18, 2008.

MARCENES, Wagner et al . The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 809-815, June 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300013&lng=en&nrm=iso.Acesso em: 28 Mar. 2019.

MARTINI, Sandra Regina; CHAVES, André Santos. Necessidade de confiança na jurisdição constitucional para efetivação do direito à saúde. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 19, n. 1, p. 77-91, Jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122018000100077&lng=en&nrm=iso. Acesso em 6 Jan. 2019

MARTINS, A. M. E. B. L; BARRETO, S. M.; PORDEUS I. A. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. **Rev. Panam. Salud Publica**, Brasília, v. 22, n. 5, p. 308–16, 2007.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; BARRETO, Sandhi Maria; PORDEUS, Isabela Almeida. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 3, p. 487-496, June 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jan. 2019.

MARTINS, A. M. E. B. L; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. 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, v. 24, n. 1, p. 81-92, 2008.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima et al. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 11, p. 3387-3398, Nov. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103387&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jan. 2020.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima et al . Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 7, p. 2239-2253, jul. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702239&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima et al. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3461-3478, Aug. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803461&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Mar. 2019.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; BARRETO, Sandhi Maria; PORDEUS, Isabela Almeida. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 421-435, Feb. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Mar. 2021.

MASCARENHAS, CAIO GAMA; RIBAS, LÍDIA MARIA. Materializando diálogos institucionais na judicialização da saúde pública - propostas de convenções

processuais coletivas, LINDB e transparência. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 285-317, Apr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392020000100285&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 Set. 2020.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, Apr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401181&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 Set. 2020

MATOS, D. L.; GIATT, L.; LIMA COSTA, M. F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostras de domicílio. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, p. 1290–7, 2004.

MATOS, Divane Leite; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1699-1707, Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Jan. 2019.

MELLO ALSF, ERDMANN ALE, BRONDANI M. Oral health care in long-term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework. **Gerodontology.** n. 27, 2010. Disponível em: www5.habiana.edu.br/odontologia/article/download. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2009.00280.x. Acesso em: 8 jan. 2019.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos.**Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 139-156, Apr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Mar. 2019.

MEIRELES A.C.C. **A eficácia dos direitos sociais**. 4. ed. Salvador: Editora Podium; 2008. p. 88.

MEIRELES, Viviane, Camboin et al. Característica dos idosos em área de abrangência do programa saúde da família na região Noroeste do Paraná: Contribuições para gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade** Curitiba, v 16, p 71, 2007.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001000058&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 Jan. 2020.

MODESTO, Crislaine Matozinhos Silva; MAZZA, Débora; SPIGOLON, Nima Imaculada. A FORMAÇÃO HUMANA INTEGRAL DIANTE DE RETROCESSOS SOCIAIS. **Cad. CEDES**, Campinas , v. 39, n. 108, p. 161-176, Aug. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622019000200161&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Jan. 2020.

MORAES, A. **Direitos humanos fundamentais**. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2011. p. 20-21.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro. v. 21, n. 6, p.1665-75, nov-dez 2005.

MIYOSHI, Helton. **Endocardite Bacteriana**. Disponível em: http://www.artigosbrasil.net. Acesso em: 03 out. 2019

NAIK AV, PAI RC. **Study of emotional effects of tooth loss in an aging north Indian community**. ISRN Dent 2011; 2011:395-498. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22203909/. Acesso em 30 jan. 2020

NAGAO, **M. The effects of aging on mastication**. Nutrition Reviews, New York, v.50, n.12, p.434-437, 1992. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000300002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 26 dez. 2020.

NEGRISOLI, M. **O dever de amparo ao idoso.** São Paulo: Newclastle News, 2015.

NERI, M.; SOARES, W. **Desigualdade social e saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 18, Suppl, p. 77-87, 2002.

NERY, N. G.; MARCELO, V. C.; DANTAS, M. A. A. **A satisfação de idosos quanto à estratégia saúde da família, a partir da atenção em saúde bucal**. R. Bras. Ci.Saúde. v. 14, n. 1, p. 43-50, 2010.

NESPE-FIOCRUZ-UFMG. **Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil. Belo Horizonte: UFMG; 2002.** Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/ouro_preto.doc. Acesso em: 05 de nov. de 2019

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-46, fev 2008.

NOGUÉS, R. **Factors que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición**. Nutrición Clínica, v.15, n.2, p.39-44, 1995.

NOGUEIRA, S. L.; GERALDO, J. M.; MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro v. 25, n. 1, p. 195-98, 2008.

OEA**, Convenção Americana de Direitos Humanos** ("Pacto de San José de Costa Rica"), 1969. Disponível em: http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm. Acesso em: 18 dez 2019.

OLIVEIRA JAG, OLIVEIRA LLN, CUNHA VPP. **Considerações no tratamento em Odontogeriatria: relato de caso clínico**. Arch Health Invest. 2014; 3(6):1-5. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/7. Acesso em: 26 dez. 2020.

OLIVEIRA, Israel Victor de et al. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 47-57, Mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100047&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 Set. 2020.

OMS, **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm. Acesso em: 18 dez. 2019

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948**. Disponível em: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por. Acesso em: 17 mar. 2020

ORDACGY, André da Silva. **A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão.** Disponível em: http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A. Análise do Estatuto do Idoso sob a perspectiva dos direitos humanos dos pacientes. Revista da Faculdade de Direito Candido Mendes, Rio de Janeiro, v. 21, p. 69-83, 2016.

PAULA, Carlos Eduardo Artiaga; SILVA, Ana Paula da; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 12, p. 3841-3848, Dec. 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203841&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2020.

PEREIRA, M. F. O SUS e os desafios de um projeto político de controle social em saúde? **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 5, jul./set. 2009. Disponível em: https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/715. Acesso em: 12 Mar 2019.

PERES, Marco Aurélio et al . Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, supl. 3, p. 78-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900078&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2019.

PESSOA, Izabel Lima. **O Envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**. 2009. Tese (Doutorado em Política Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade de Brasília.

PINELL, P. **Algumas reflexões sobre as políticas de luta contra os flagelos sociais**. In: PINELL, P. Análise sociológica das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 229-250.

PINTO, Juliana Martins; NERI, Anita Liberalesso. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, p. 3449-3460, Dec. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2019.

PIZETTA, Guilherme Rohden et al . EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SPINAL CORD INJURY IN THE CITY OF JOINVILLE (SC). **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 48-51, Mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512020000100048&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 Set. 2020.

PUCCA GA, GABRIEL M, ARAUJO ME, ALMEIDA FCS. **Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges**. J

Dent Res 2015; 94(10):1333-1337. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26316461/. Acesso em: 26 dez. 2020.

QUEIROZ, Cristina. **O princípio da não reversibilidade dos direitos fundamentais sociais.** Coimbra: Coimbra Editora, 2006, p. 115.

QUEIRÓZ, C. **Direitos fundamentais sociais: funções, âmbito, conteúdo, questões interpretativas e problemas de justiciabilidade**. Coimbra, Coimbra Ed, 2006.

RACHED, Danielle Hanna; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. World Health Organization and the search for accountability: a critical analysis of the new framework of engagement with non-state actors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00100716, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Dez. 2020.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34. 2003.

RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas et al . Cuidados odontológicos na paralisia supranuclear progressiva: relato de caso. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 381-388, 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Mar. 2019.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; PAIXAO JR., Carlos Montes; MORAES, Claudia Leite. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1801-1813, Aug. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Jan. 2019

RICO, E.M. **Memorial para Concurso de Preenchimento de Vaga de Professor Assistente-Doutor**. Faculdade de Serviço Social – PUC- SP, São Paulo, fev. 2002, p. 8

ROCHA, R. A. C. P, GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-80, 2008

ROSARIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, Mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 Set. 2020.

ROTHENBUNG, W.C. **Direito Constitucional,** São Paulo. Verbatim, 2010

ROTHENBURG, W. C. **Princípios constitucionais**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1999

ROVIDA TAS, PERUCHINI LFD, MOIMAZ SAS, GARBIN CAS. **O conceito de saúde gera e bucal na visão dos cuidadores de idosos**. Odontol Clín-Cient. 2013; 12(1):43-6.

SAFFER, Denis Axelrud; MATTOS, Leonardo Vidal; REGO, Sábata Rodrigues de Moraes. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 44, n. spe1, p. 147-159, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000500147&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 Jan. 2021.

SALES MV, FERNANDES-NETO JA, CATÃO MH. **Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura**. Arch Health Invest (2017) 6(3): 120-124.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; LIMA, Patrícia Maria Soares. Idoso portador de Diabetes Mellitus: relevância epidemiológica para a atenção em Odontologia. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 379-389, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000300379&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Mar. 2019.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; LIMA, Patrícia Maria Soares. Idoso portador de Diabetes Mellitus: relevância epidemiológica para a atenção em Odontologia. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 379-389, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000300379&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Mar. 2019.

SAMPAIO, N. M., OLIVEIRA, M.C., ORTEGA, A. L., SAMPAIO, M. **NECESSIDADE DE REABILITAÇÃO ORAL E ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA-BA** disponível em:

https://pdfs.semanticscholar.org/0b88/6e41ec85520f7b061e166010589e397b59ab.pdf. Acesso em: 30 set. 2019

SANTOS, Cesar & Thives, Luciana. **Edentulismo relacionado com a saúde sistêmica**. Disponível em: http://odontosul.wordpress.com/. Acesso em 01 set. 2019

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 8a ed. Porto Alegre: Livraria dos Advogado. 2007

SARLET, Ingo Wolfgang. **Os direitos fundamentais sociais na Constituição de 1988**. In: Revista Diálogo Jurídico, no 01, vol. 01. Salvador: Centro de Atualização Jurídica, 2001, p. 32.

SCHEINBERG, Morton. **Judicialização da saúde, um mal necessário**. Artigo publicado no jornal "O Estado de São Paulo", em 22 de fevereiro de 2009. Disponível em: http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20090223/not_imp328572,0.php. Acesso em: 17 jan 2020.

SCHWAB, Flávia Carneiro Bastos de Souza et al. Fatores associados à atividade educativa em saúde bucal na assistência pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1115-1126. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000301115&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jan. 2021.

SCHWARTZ, GERMANO; MEINERO, FERNANDO. O paradoxo do tratado constitucional europeu: entre o planejamento e a evolução da Europa comunitária. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba , v. 4, n. 2, p. 131-146, Aug. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392017000200131&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Dez. 2020.

SERAU JUNIOR, M. A. **O Estado do idoso e os direitos fundamentais**. Revista de Direito social, São Paulo, n. 13, 2004, p. 46

SGARBOSSA, Luís Fernando; IENSUE, Geziela. Circulação de modelos, direitos e garantias fundamentais: o caso do "Amparo" mexicano. **Opin. jurid.**, Medellín, v. 16, n. 32, p. 155-168, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-25302017000200155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jan. 2019.

SHUMAN, J.M. **Nutrição no envelhecimento**. In: MAHAN, L.K., STUMP, S.E. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 9.ed. São Paulo : Roca, 1998. Cap. 14: p.293-312.

SILVA, Anna Cruz de Araújo Pereira da. Conhecimento, Cidadania e Direito do Idoso: relatos pós-Lei n° 10.741/2003. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 45-55, Apr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100045&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Jan. 2020.

SILVA, Silvio Rocha Corrêa da; CASTELLANOS FERNANDES, Roberto A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 35, n. 4, p. 349-355, Aug. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Mar. 2019.

SILVA, Clarissa Sampaio. O Direito Fundamental à Boa Administração: da Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia às perspectivas de sua efetivação e controle nas ordens constitucionais de Portugal e Espanha - desenvolvimentos comparativos na realidade brasileira. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis, n. 82, p. 176-201, Aug. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552019000200176&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Jan. 2020.

SOARES, Mariana Melo et al. A dificuldade de acesso ao tratamento da catarata senil em Aparecida de Goiânia – Goiás, Brasil. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 103-108, Mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802020000200103&lng=en&nrm=iso. Acesso em 8 Set. 2020.

SOUZA RA, COLOMBO SNG, DANTAS JCP, SILVA-SOUSA YT, PÉCORA JD. Importance of the Diagnosis in the Pulpotomy of Immature Permanent Teeth. **Braz Dent J.** 2007;18(3):244-247.

SPINK, P. **Análise de Documentos de Domínio Público**. In: Spink, M.J., (org). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. São Paulo, Cortez, 1999. p. 123-151.

SPOSATI, A.O. et al. **A assistência na trajetória das Políticas Sociais Brasileiras**. São Paulo: Cortez, 1985. P. 85

SROUR, R. H. **Ética empresarial:** o ciclo virtuoso dos negócios. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

STOPA, Sheila Rizzato et al . Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 5, e2020315, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000501201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 Set. 2020.

TEIXEIRA, Doralice Severo da Cruz et al . Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 8, e00017215, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000805002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Jan. 2020.

TESCH, F.C.; OLIVEIRA, B.H.; LEÃO, A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2555-2564, 2007.

TINÓS, A. M. F. G. **Perfil da atenção secundária no âmbito da política de saúde bucal no Colegiado de Gestão Regional de Jaú - SP (CGR-Jaú)**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Suppl. 2, p. S190-98, 2004.

UNESCO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. Disponível em:**

https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh/relatorios-de-desenvolvimento-humano/relatorio-do-desenvolvimento-humano-200013.html. Acesso em: 19 dez 2019.

_____. Relatório do Desenvolvimento Humano 2018. Disponível em:

https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh/relatorios-de-desenvolvimento-humano/relatorio-do-desenvolvimento-humano-2018.html. Acesso em: 19 dez 2019

VAN HOLTHE, Leo. **Direito constitucional**. 6ª. ed. rev., amp. e atual. Salvador: JusPodivm, 2010. p. 58.

VARGAS, A.M.D.; PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Cienc Saúde Col. 2005; 10(4):1015-24, 2005.

VENTURA, Miriam. **Judicialização da saúde: a balança entre acesso e equidade**. Artigo publicado no Portal do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Disponível em: http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia&noticiaId=174. Acesso em: 17 mar 2010.

Veras, R.(Org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro, UERJ/UNATI, 2009

VIANA, A. A. F.; GOMES, M. J.; CARVALHO, R. B.; OLIVEIRA, E. R. A. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 319-24, 2010.

WALDRON, Jeremy. CONTROL DE CONSTITUCIONALIDAD Y LEGITIMIDAD POLÍTICA.**Díkaion**, Chia, v. 27, n. 1, p. 7-28, June 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-89422018000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 Jan. 2019.

WALLS A., et al. **Oral health and nutrition in older people**. J Publ Health Dent 2000;60(4):304-307.

WAMALA, S.; MERLO, J.; BOSTRÖM, G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 60, p. 1027–33, 2006.

WANG, DANIEL WEI LIANG. ARE THE SUS AND THE RIGHT TO HEALTH INCOMPATIBLE WITH UNIVERSAL HEALTH COVERAGE? Challenging Misconceptions Around the Concept of UHC in the Public Health Scholarship in Brazil. **Novos estud. CEBRAP**, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 599-618, Sept. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002020000300599&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jan. 2021.

Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 2000.Vol 01.Nº 65. p.52.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing - A Policy Framework**. Arquivado em 19 de março de 2015, no Wayback Machine. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madri, abril de 2002, p.4.